Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000544890

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OMR SAS FECHA 01/04/2025 07:43:33

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: JOHN ALEXANDER FIGUEREDO CAICEDO C.C 79894196

EDAD 47 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[x]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Optometría	[ ]	¿Cuáles?	
Audiometría	[x]		
Espirometría	[x]	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
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR OBLIGATORIO
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / SE SUGIERE VALORACION CON NUTRICION DE EPS / SE SUGIERE VALORACION CON CIRUGIA GENERAL DE EPS.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE SUGIERE EVITAR ACTIVIDAD ELÉCTRICA Y ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DESCRIMINACION ESPECÍFICA DE COLORES / ALTERACIÓN VISUAL

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

John Figueredo

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Parque Pisaos	Nobre del trabajador:	Jesus Acevedo
Ubicación:	Parque Pisaos	Cargo:	79894796. OFICIAL
Teléfono:	3143232194	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7.00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4 30/ SÁBADOS 10.30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
* Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, politicas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
* Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humadecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

* Cumplir las politicas y el Plan de trabajo de la empresa
* Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
* Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física
* Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

* Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
* Conocer, comprender y poner en práctica las Politicas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura.
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
* Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
* Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehículos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACION:**
INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**



POLÍTICAS SST

* Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
* Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
* Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
* Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
* Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

202

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A	CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Fisico 	Ruido	X		Condiciones de seguridad 	Mecanico (elementos o partes de maquinas herramientas equipos etc)	X	
	Temperatura	X			Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X			Electrico (alta y baja tension estatica)	X	
	Vibraciones	X			Trabajo en alturas	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X		Accidentes de transito	X	
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X		Publicos(robos,asaltos, atracos atentados)	X	
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X			Tecnologicos (explosion, fuga, derrame incendio)	X	
Quimico 	Material particulado	X			Espacios confinados	X	
	Polvos Organicos o Inorganicos	X			Excavaciones	X	
	Fibras	X		Fenomenos naturales 	Sismo	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X			Terremoto	X	
	Gases y vapores	X			Vendaval	X	
	humos metalicos, no metalicos	X			Inundacion	X	
Biologico 	Bacterias	X			Derrumbe	X	
	Virus, Hongos	X			Precipitaciones (Lluvias, granizadas)	X	
	Rickettsias	X		Psicosocial 	Gestion organizacional	X	
	parasitos	X			Caracteristicasde la oraganizacion del trabajo	X	
	picaduras y mordeduras	X			Condiciones de la tarea	X	
	Covid 19	X			Interfase persona - tarea	X	
	Ruidos o excrementos	X			Jornada de trabajo	X	
Biomecanicos 	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X		OBSERVACIONES:			
	Esfuerzo	X					
	Levantamiento de cargas	X		APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe socializar los peligros a los que estara expuesto al Ingresar)			
	Movimiento repetitivo	X					

MANIFIESTO que he recibido y entendido la relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realizacion de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS, consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra politica de tratamiento Datos disponible en la pagina web www.mejavilegas.com

NOMBRE:	Jonal Figueredo	CÉDULA:	79894796	CARGO:	Oficial
DIRECCIÓN:	Calle 69 P. 18 M 11 SV	TEL / CEL:	314 323 2194	LOCALIDAD:	Ciudad Bolivar
FECHA NACIMIENTO:	25/07/77.	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:			
ARL:	Sura.	EPS:	Salud Total	AFP:	Colpensiones.
EXÁMENES MÉDICOS:	01/04/2025	RESTRICCIONES MÉDICAS:	N	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	3134836974	ALERGIAS:	NO	CUÁL?	ANTIBIOTICOS
FIRMA EMPLEADO:	Jonal Figueredo	FECHA:	12/05/25.		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Parque Pijaos	Fecha: 12/05/25	
Nombre	Jair Fisuerado	Cargo: Oficial	
Cedula:	79874796	Firma: Jair Asserado	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

Levantar una carga pesada

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

Proteccion del empleado

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condición



Condición



Acto inseguro



4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:

Cascos, botas, Gafas - overol botas

5. Mensione una de las Politicas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Politicas de droga y Alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:

Ahorro de agua. cuidar el medio Hambiente

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion Individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que Identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 **5 a 7: Valor de la calificación 4,6,** **preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5**	**CALIFICACIÓN:** **FIRMA RESPONSABLE SST:**

De Total de

Powered by CamScanner

CONSORCIO BELZCON II

Bogotá 12 de 05 del 2025

Señor(a): Jhon Leonardo
CC.: 79 894 196

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON I1** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 01/04/25 en su IPS Clinsur, como cargo Oficial se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Control optometria eps / uso dorlentes para laborar obligatorio, control medico de rutina eps Dieta tipo clinica Segurda, paso / 36 suglero Valoracion con nutricion De eps

FIRMA RESPONSABLE SGSST

John Alvarado
TRABAJADOR 79894796.

Powered by CamScanner

Bogotá D.C ____- de _____ del 2025

Señor(a) John Fajardo
Nombre:
Cargo: Oficial
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo John Fajardo como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA: John Fajardo
Nombre: John Fajardo
Cédula: 79894796

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.376.960
SILVA PINZON

APELLIDOS
HENRY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1959
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1,65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00164326-M-0019376960-20090725 0013929076A 2 1190105266

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 11/03/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830115005	**Cédula Usuario:**	CC 1193225149
Nombre:	ABACO JUEGOS Y PARQUES INFANTILES S A S				
Dirección:	CL 5 B SUR 81A 17				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	abacojuegosyparques@gmail.com				
Teléfono:	3158552765		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5251101 FABRICACION DE PRODUCTOS METALICOS PARA USO ESTRUCTURAL, INCLUYE LA FABRICACION, ERECCION O MONTAJE DE ESTRUCTURAS METALICAS Y CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS DE METAL A PARTIR DE PIEZAS DE FABRICACION PROPIA; LA FABRICACION DE EDIFICACIONES Y COMPONENTES PREFABRICADOS EN METAL (EJ: CASETAS DE OBRA, OFICINAS, BODEGAS, HANGARES, ELEMENTOS MODULARES PARA EXPOSICIONES, ENTRE OTROS); ESTRUCTURAS METALICAS O ARMAZONES, PARTES DE ESTRUCTURAS METALICAS, ELABORADAS DE ACERO Y PRODUCTOS SIMILARES TALES COMO PUENTES Y SECCIONES DE PUENTES, TORRES, POR EJEMPLO, PARA LA EXTRACCION EN POZOS DE MINAS, TORRES ELECTRICAS, ENTRE OTR				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1193225149	HEIDY MICHELLE PEREZ MALDONADO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	13	12/03/2025	CC 19376960	SILVA PINZON HENRY	5	6.960	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MA_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

7E11591592F1107AE1C2145DF25FFA7D Certificado impreso el día 3/11/2025 3:30:33 PM por el portal de empresas Edesk

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HENRY SILVA PINZON identificado(a) con Cedula Ciudadania 19376960, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250305	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28160631

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.759

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **SILVA PINZON HENRY** identificado(a) con **CC** número **19.376.960** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 20.383.787** generada el **13 de diciembre de 2021**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de marzo 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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250311116300

210

Aliados
Salud Ocupacional



CERTIFICADO DE EXAMEN PERIODICO

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
201817012

Se certifica que al señor(a):	HENRY SILVA PINZON
Identificado(a) con documento:	CC19376960
Se le practicaron los exámenes:	AUDIOMETRIA ESPIROMETRIA OPTOMETRIA Y EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
Tipo de exámen:	PERIODICO -ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa:	ANDINA JUEGOS Y PARQUES SAS
Cargo:	OPERARIO MADERA
Fecha:	07/09/24

Restricciones:

NO LEVANTAR CARGAS MAYORES A 10 KILOS. MANEJO MEDICO EPS

Recomendaciones laborales:

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE. ACTUALIZACION DE LA FORMULA EN USO.
USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB.
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL EN SEIS MESES PREVIO REPOSO AUDITIVO.

Recomendaciones generales:

PRACTICAR EJERCICIOS DIARIOS Y DEPORTE SEMANAL. PERDER PESO. DIETA. CONTROL Y MANEJO MEDICO EPS.

Gladys Mendivelso Vega
MEDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LSO 5377/11

GLADYS MENDIVELSO VEGA
LSO 5377 / 2011

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT 830.082.968 - 6

HENRY SILVA PINZON
CC 19376960

211

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-29
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:	Simon Bolivar	Nobre del trabajador:	Henry Silva Pinzón
Ubicación:	Simon Bolivar	Cargo:	Pintor
Teléfono:	3134107240	Responsable SST:	WILLIAM EDUARDO SEGURA

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7.00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4 30/ SÁBADOS 10 30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

- * Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
- * Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
- * Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
- * Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
- * Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
- *Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
- * Cumplir el horario laboral, reglamentos, politicas y procedimientos de la empresa
- * Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
- *Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
- * Se prohibe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

- * Utilizar de manera adecuada los baños
- * Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
- * Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
- * Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
- * No arrojar sustancias quimicas en la red de alcantarillado
- * Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
- * Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
- * No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
- * Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
- * Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

- * El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
- * El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
- * Su familia siempre lo espera en casa
- * El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

- *Cumplir las politicas y el Plan de trabajo de la empresa
- *Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
- *Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
- *Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad fisica
- *Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

- *Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- * Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
- * No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
- * El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
- * Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- * Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
- * Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
- * Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soportes para su respectivo seguimiento.
- *Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
- *Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que puede generar un riesgo en peatones o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACION:**
INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**



POLÍTICAS SST

- *Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
- *Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
- *Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
- *Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
- * Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
- *Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Powered by CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Fisico 	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrareja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Quimico 	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	humos metalicos, no metalicos	X	
Biológico 	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Richetsias	X	
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos 	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad 	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos,etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, atentados)	X	
	Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados	X	
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales 	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial 	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicasde la oraganizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe sollalizar los peligros a los que estara expuesto al Ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1: Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a CONSORCIO BELZCON SAS , consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento Datos disponible en la pagina web: www.mejiavillegas.com

NOMBRE: Henry Silva Pinzon	CÉDULA: 19376960	CARGO: Pintor	RH: O+
DIRECCIÓN: Calle 68J N°20 G21 Sur	TEL / CEL: 3134107240	LOCALIDAD: 19	EDAD: 65
FECHA NACIMIENTO: Sep 17 1959	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA:		
ARL: Positiva	EPS: Compensar	AFP: Proteccion	
EXÁMENES MÉDICOS: 07-04-25	RESTRICCIONES MÉDICAS:	NO X	CUÁL?
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Isabel Ferrucho 3128285318	ALERGIAS:	NO X	CUÁL?
FIRMA EMPLEADO:	FECHA: 05-13-25		

Powered by CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:	Simon Bolivar	Fecha: 05-13-25	
Nombre	Henry Silva P.	Cargo: Pintor	
Cedula: 19376960		Firma:	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:

Una caida un tropezon

2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:

Evitar accidente

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condicion



Condicion



Acto



4. Mensione los elementos de Proteccion Individual utiliza en su labor:

Overol Botas punta Acero Tapa Boca gafas Guantes

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Drogas y Alcohol

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:

No botar elementos quimicos al prado no fumar ahorro agua

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion Individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	NO FUME
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de 0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0
5 a 7: Valor de la calificación 4,5.
preguntas correctas(8): Valor de la calificación 5

De Total de

CALIFICACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE SST:

Powered by CamScanner

CONSORCIO BELZCON 11

Bogotá 13 de 05 del 2025

Señor(a): Henry Silva Pinzon
CC.: 19376960 BTA

Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **CONSORCIO BELZCON 11** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 07-04-24, en su **IPS** _____, como cargo Pintor y Mantenimiento se le solicita enviar las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del auto cuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI ( ) NO ( ) NO APLICA (X)

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES:

Pausas Activas, Higiene postural, Uso de Elementos de protección personal continuar uso de corrección optica permanente Actualizo de la formula

FIRMA RESPONSABLE SGSST

TRABAJADOR

Powered by CamScanner

215

Bogotá D.C ____- de _____ del 2025

Señor(a)
Nombre: Henry Silva P
Cargo: Pintor
Ciudad Bogotá

NOTIFICACIÓN EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

Respetado Señor (a):

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a la IPS un examen médico ocupacional de retiro.

Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen después del retiro.

Cordialmente,

WILLY PATRICK BELZNER SALAZAR
Representante legal
BELZCON SAS

Yo Henry Silva P. como colaborador del CONSORCIO BELZCON 1, acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnóstico; exonero a la empresa con NIT 9 0 1 8 8 6 6 6 3- 3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud. En la ejecución del contrato IDRD-SG-4060-2024 suscrito entre el Consorcio Belzcon 1 e IDRD.

FIRMA:
Nombre: Henry Silva Pinzón
Cédula: 19376960 Bta

Powered by CamScanner

216

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 14.325.045



Apellidos
LEZAMA

Nombres
WILLIAM

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 OCT 1978

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CHAPARRAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
30 MAYO 1997, HONDA

Fecha de expiración
03 DIC 2034

Firma

Powered by CamScanner

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

0606253150290064<<<<<<<<<<<<<<
7810233M3412031COL1432504545<<<<
LEZAMA<<WILLIAM<<<<<<<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **WILLIAM LEZAMA** identificado con **CC** No. **14325045**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGÍA SAS - NI. 901221609	**Fecha de inicio de cobertura :** 07/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 4

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101569678.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Bogotá DC. 6 de Mayo 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 6/5/2025, 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 14325045
Nombres y Apellidos	William Lezama
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901221609
Razón Social Empleador	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	7/5/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	6/5/2025
Cargo	Electricista
Horas Labor Mes	230
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 código 015334TrS

FOR-PGIE-0100

VIGILADO SuperSubsidio

220

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN
GRUPO GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN

DIGSA

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACION Y VALIDACION DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1287464

Que el(la) señor(a) SLP WILLIAM LEZAMA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 14325045 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de Abril de 2001.

Que en razón de lo anterior su empleador o administrador de pensiones deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.13.5 inciso 4, que a la letra reza: «[...]Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectúo los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces»

Dada en Bogotá D.C., el día 26 de julio de 2023

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: DIANBOT

Powered by CamScanner

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS NIT 901221609-1

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LEZAMA WILLIAM	Masculino	46 Años	CC (Tipo)	14325045 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	USO DE CORRECCION VISUAL , HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL NUTRICION Y OPTOMETRIA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma: Gabriel A. Carrillo F. MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M. 0882 - L.S.O. 3252-2022

Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO

R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: William Lezama

Nombre: LEZAMA WILLIAM

CC 14325045

222

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PELIGROS AL PERSONAL

CBZC-FR-SST-20
Versión: 01
PAG. 1 de 2
2024/11/24

GENERALIDADES DEL PROYECTO

CARACTERÍSTICAS		ORGANIZACIÓN	
Obra o Centro de trabajo:		Nobre del trabajador:	William Lezama.
Ubicación:	Bogotá	Cargo:	Tec. Electricista.
Teléfono:	3125214428	Responsable SST:	ANGELICA MARIA CUERVO GIL

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

HORARIOS

Entrada:	7 00 AM
Almuerzo:	1 HORA
Salida:	L- V 4 30/ SÁBADOS 10 30 AM

DEBERES Y PROHIBICIONES EN SITIO DE TRABAJO

* Prohibido consumir licor y trabajar en estado de embriaguez
* Prohibido consumir sustancias psicoactivas y trabajar bajo su efecto
* Reportar de manera inmediata todo tipo de amenazas o sobornos por personas fuera de la ley manteniendo la lealtad y la buena fe con las actividades ejecutadas en el proyecto.
* Prohibidas las peleas, riñas o maltratos
* Notificar los accidentes de trabajo e incidentes
*Reportar condiciones de salud existente que afecten el normal funcionamiento
* Cumplir el horario laboral, reglamentos, políticas y procedimientos de la empresa
* Reportar la Condiciones inseguras y Actos inseguros
*Se debe tener restriccion en el uso del celular, con uso limitado.
* Se prohíbe divulgar cualquier tipo de información referente al proyecto.

NORMAS AMBIENTALES

* Utilizar de manera adecuada los baños
* Se evita la extinción de la Fauna y se conserva la riqueza de la Flora
* Reduciendo la generación de ruido y material particulado, se evitan molestias a la comunidad de las áreas cercanas al proyecto
* Al cuidar el Medio Ambiente, estamos preservando el Planeta para nuestros hijos
* No arrojar sustancias químicas en la red de alcantarillado
* Humedecer las áreas para evitar emisión de material particulado
* Informar cuando se presenten fugas o derrames de aceites
* No afectar ni perjudicar los árboles ni la vegetación
* Cerrar las llaves de paso de agua, si no se utilizan
* Consumir los recursos necesarios, evitando desperdicios

IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON SEGURIDAD

* El trabajar con seguridad, es un beneficio mutuo
* El Trabajo es Bienestar y la Salud es Vida
* Su familia siempre lo espera en casa
* El autocuidarse, previene y evita los accidentes

OBJETIVOS DEL SG - SST

*Cumplir las políticas y el Plan de trabajo de la empresa
*Tener en los objetivos trazados unas metas e indicadores
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
*Informar oportunamente al colaborador acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
*Prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo, manteniendo un ambiente seguro, orientado al cuidado de la integridad física.
*Establecer todo lo referente al Plan de Emergencia contemplado en el Proyecto

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN OBRA

*Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa
* Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas Seguridad y Salud en el trabajo
* No se debe utilizar ningún tipo de joyas (anillos, pulseras, aretes, etc)
* El uso de los EPP (Elementos de Protección Personal) es obligatorio de acuerdo a la actividad que realice y en buen estado
* Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
* Mantener las áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y aseo
* Obligatorio el uso del arnés y linea de vida, cuando se desarrollen trabajos de Altura
* Cuando esté lloviendo, no se permite trabajar en alturas deberan presentar los soprtes para su respectivo seguimiento.
*Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del
*Las áreas de trabajo deben estar en orden y aseo.

SEGURIDAD VIAL

SEÑAL PREVENTIVA: Se utilizará para indicar la proximidad de alguna condicion que pueda generar un riesgo en pestonas o vehiculos.

SEÑAL INFORMATIVA: Son aquellas que nos proporcionan informacion en las vias.

SEÑAL REGLAMENTARIA: Es utilizada para indicar prohibición ya que no se cumplen las condiciones de seguridad para efectuar algun tipo de maniobra

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD INDUSTRIAL: **OBLIGACION:**
INFORMACIÓN: **PROHIBICION:**



POLÍTICAS SST

*Garantizar un ambiente sano de trabajo y disponer de los recursos que se necesiten para lograrlo
*Mejoramiento continuo de los procesos en SG-SST
*Cumplir con los requisitos legales aplicables a la Organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo
*Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de desarrollo del SG-SST.
* Identificar, evaluar y valorar los peligros asociados a cada actividad y divulgarlo ante los colaboradores
*Promover el hábito del autocuidado y vida saludable en los colaboradores

Scanned with CamScanner

NOTIFICACION DE PELIGROS (SIGLAS: A:Aplica N/A: No Aplica)

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Fisico	Ruido	X	
	Temperatura	X	
	Iluminación (Exceso o Deficiencia	X	
	Vibraciones	X	
	Presion Atmosferica (Normal y Ajustada)		X
	Radiaciones Ionizantes (Rayos Beta, Gama, X y Alfa)		X
	Radiaciones NO Ionizantes (Laser, Ultravioleta, Infrarroja, Radio frecuencias y Microondas)	X	
Quimico	Material particulado	X	
	Polvos Organicos e Inorganicos	X	
	Fibras	X	
	Liquidos (Nieblas y Rocio)	X	
	Gases y vapores	X	
	humos metalicos, no metalicos	X	
Biológico	Bacterias	X	
	Virus, Hongos	X	
	Rickettsias		X
	parasitos	X	
	picaduras y mordeduras	X	
	Covid 19	X	
	fluidos o excrementos	X	
Biomecanicos	Postura (prolongada, mantenida, forzada)	X	
	Esfuerzo	X	
	Levantamiento de cargas	X	
	Movimiento repetitivo	X	

CLASIFICACION	DESCRIPCION	A	N/A
Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos etc)	X	
	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)	X	
	Electrico (alta y baja tension, estatica)	X	
	Trabajo en alturas	X	
	Accidentes de transito	X	
	Publicos(robos,asaltos, atracos, atentados)	X	
	Tecnologico (explosion, fuga, derrame, incendio)	X	
	Espacios confinados		X
	Excavaciones	X	
Fenomenos naturales	Sismo	X	
	Terremoto	X	
	Vendaval	X	
	Inundacion	X	
	Derrumbe	X	
	Precipitaciones (lluvias, granizadas)	X	
Psicosocial	Gestion organizacional	X	
	Caracteristicasde la oraganizacion del trabajo	X	
	Condiciones de la tarea	X	
	Interfase persona - tarea	X	
	Jornada de trabajo	X	

OBSERVACIONES:

APLICA: Personal Propio, suministro de mano de obra y visitante (para este ultimo solo se debe sollalizar los peligros a los que estara expuesto al ingresar)

MANIFIESTO que he recibido y entendido lo relacionado con los PELIGROS a los que me encuentro expuesto, las NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL y las NORMAS AMBIENTALES en la realización de mi trabajo, o en la visita que efectuo y ME COMPROMETO a cumplirlas, al igual que las RESPONSABILIDADES a mi asignadas.

Nota 1 Mediante el diligenciamiento y registro de los datos relacionados en el presente formato, el tercero (persona natural) autoriza a BELZCON SAS , consorcios y/o uniones temporales en los cuales tenga participacion la empresa, para la recoleccion, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite establecido segun su contenido. Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Ley de proteccion de datos", reglamentado parcialmente por el decreto 1377 de 2013. De acuerdo a nuestra política de tratamiento. Datos disponible en la pagina web www.mayavillegas.com

NOMBRE: William Lezama	CÉDULA: 14.325.045	CARGO: TEC electricista.	RH: O+
DIRECCIÓN: Cra. 92 #74-46	TEL / CEL: 3125214428	LOCALIDAD: Bosa	EDAD: 47
FECHA NACIMIENTO: 23-10-1978.	SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: NO APLICA		
ARL: Positiva	EPS: Compensar	AFP: Porvenir	
EXÁMENES MÉDICOS: Apto. Leamac Medic SAS.	RESTRICCIONES MÉDICAS: X	CUÁL?	
NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Maria Ortiz 3142405920	ALERGIAS: X no	CUÁL?	
FIRMA EMPLEADO: William Lezama	FECHA: 9-05-25		

Scanned with CamScanner

	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN DEL PERSONAL		CBZC-FR-SST-09 Versión: 01 PAG. 1 de 2
Obra o Centro de trabajo:		Fecha: 09-05-25	
Nombre	William Lezama	Cargo: Tec. Electricista	
Cedula:	14.325.045	Firma: WILLIAM LEZAMA	

1. De un ejemplo de accidente de trabajo:	2. Diga un Objetivo en Seguridad y Salud en el Trabajo:
caidas a distinto nivel.	cumplir politicas PT

3. Escriba en los espacios cual es el ACTO INSEGURO y cual es la CONDICION INSEGURA

Condición insegura	Condición insegura	Acto inseguro.
		

4. Mensione los elementos de Proteccion individual utiliza en su labor:
casco, gafas, guantes, Botas.

5. Mensione una de las Políticas del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:
Garantizar un ambiente seguro de trabajo.

6. Nombre dos normas ambientales aplicables a obra:
usar bien los baños / no dañar la vegetación.

7. Responda falso (F) o verdadero (V)

* Uno de los objetivos del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo es prevenir enfermedades laborales y accidentes de Trabajo	V
*Se deben realizar revision y/o mantenimiento de los Elementos de Proteccion individual antes de empezar labores?	V
*La brigada brinda lineamientos para prevencion y atencion de emergencias.	V
*Dentro del factor de Riesgo Fisico esta agentes de ruido, temperatura, vibracion e iluminacion	V
*Es apropiado realizar realizar actividades bajo el efecto de sustancias Psicoactivas o Alcohol?	F
*Es seguro realizar actividades con herramientas en mal estado?.	F

8. Coloque la flecha de acuerdo al tipo de señal que identifique.

1	Señal Preventiva		4	Señal regalamentaria	
2	Señal de Obligatoriedad		5	Señal de Prohibición	
3	Señal Informativa		6	Señal Informativa	

Criterio de evaluación: Al momento de calificar por favor tenga en cuentalos siguientes valores. Por cada respuesta correcta se recibe un valor de0,6, califique en los siguientes rangos:

De 1 a 4: Valor calificación 3,0 5 a 7: Valor de la calificación 4,5. preguntas correctas(8): Valor de la calificación 6	De Total de
CALIFICACIÓN:	
FIRMA RESPONSABLE SST:	

Scanned with CamScanner

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 18994

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

WILLIAM LEZAMA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 14325045

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 06 mayo 2025, se expide en Bogotá el 06 mayo 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

ANGELA MABEL GONZALEZ LONDOÑO
RES No. 8154 05/09/2022

EMPRESA: ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA S.A.S.
REP. LUIS DANILO ROJAS MEDINA
NIT: 901221609
ARL: POSITIVA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1896
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 59 Sur 40 - Bogotá - Colombia

29

HOJA DE VIDA VEHICULO

PLACA STR 897



CLASE DE VEHICULO	VOLQUETA
PLACA	STR 897
MARCA	7600
LINEA	INTERNATIONAL
MOTOR N°	35281998
CHASIS N°	CN551118
CAPACIDAD	20000 T
COLOR	BLANCO
MODELO	2012
CILINDRAJE	11.000
SERVICIO	PUBLICO
TIPO DE CARROSERIA	PLATON
COMBUSTIBLE	DISEL
PIN AMBIENTAL	26292

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
2025 / 3 / 16	2025 / 3 / 17	2026 / 3 / 16

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡ Siempre junto a Ti !

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
3600041559	STR897	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	11000	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	INTERNATIONAL	PLATON

LINEA VEHICULO
7600

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35281998	CN551118	3HTWYAHT6CN551118	20,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PEDRAZA ARDILA JOSE MAURICIO	3118529001	CC	80750070	BOGOTÁ, D.C.

CODIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1502	360	7681	AT1502 3600041559	BOGOTÁ, D.C.

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT
330	$ 1.061.500,00	$ 551.900,00	$ 2.100,00

TOTAL A PAGAR $ 1.615.500,00

FIRMA AUTORIZADA

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

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o IOS.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza sea registrada en el RUNT.
- Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito

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

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 031 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, para el este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y; sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

228

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 172884834

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA DE VALLEDUPAR

NIT: 900084186

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-076-001

Fecha de expedición: 2024/04/12

Fecha de vencimiento: 2025/04/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: STR897

MARCA: INTERNATIONAL

SERVICIO: Público

CILINDRAJE: 11000

NRO. CHASIS: CN551118

LÍNEA: 7600

COLOR: BLANCO

CLASE: VOLQUETA

MODELO: 2012

COMBUSTIBLE: DIESEL

NRO. MOTOR: 35281998

VIN: 3HTWYAHT6CN551118

NOMBRE PROPIETARIO: VALORES Y CONTRATOS S.A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RICARDO ALFONSO CASTRO LOPEZ

Concesión RUNT 2.0 SAS / Nit 901581627-6 / Colombia / Línea de atención nacional 01 8000 930064

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10008698925

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
STR897	INTERNATIONAL	7600	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
11.000	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	20000 - 2

NÚMERO DE MOTOR
35281998

REG N — VIN 3HTWYAHT6CN551118

NÚMERO DE SERIE
******

REG N — NÚMERO DE CHASIS CN551118 — REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
VALORES Y CONTRATOS S.A.

IDENTIFICACIÓN
NIT 800182330

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

HP

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482011000115003

I/E
I

FECHA IMP
04/09/01

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA
02/05/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
26/12/2014

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTO ATLANTICO/SABANAGRANDE



L 1005387443

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1033762184



NOMBRE

FREDDY STEVEN RIOS MUÑOZ

FECHA DE NACIMIENTO

17-02-1994

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

12-07-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	04-06-2031	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	12-07-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	12-07-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007679129

Servicios Integrales 60947.2.0-27 02/24

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.033.762.184

RIOS MUÑOZ

APELLIDOS

FREDDY STEVEN

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-FEB-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00955763-M-1033762184-20171120 0058521298A 1 9902242785

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-12, 07:40:54 p. m. **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1071148370

Periodo Cotización 202502 **Periodo Servicio** 202503

PAGADA 2025-03-12 16:09:34.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERVICIOS EFICACES AR SAS				
Documento	NI 900904439	**Dirección**	CR 27 #2 - 76		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6613030		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	10
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033762184		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					RIOS MUÑOZ FREDDY STEVEN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																										**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**							**Riesgos**							**Caja**				**Parafiscales**			
NO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF				Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. 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				230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.423.500	$ 93.100	$ 0	14-4	5	6.960 %	$ 1.423.500	$ 99.100	CCF21	4 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

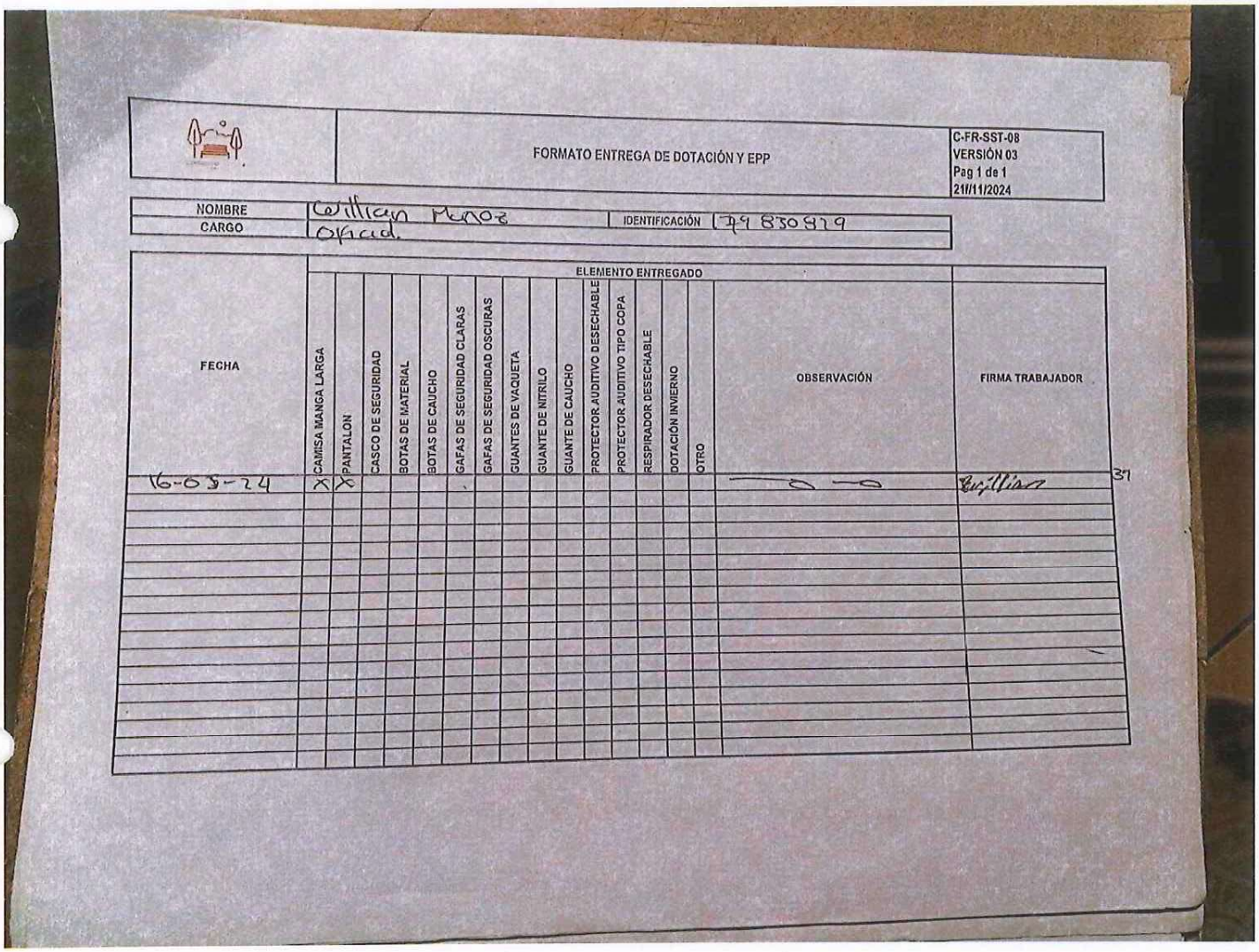
Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	COMFACUNDI	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 93.100	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.000

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

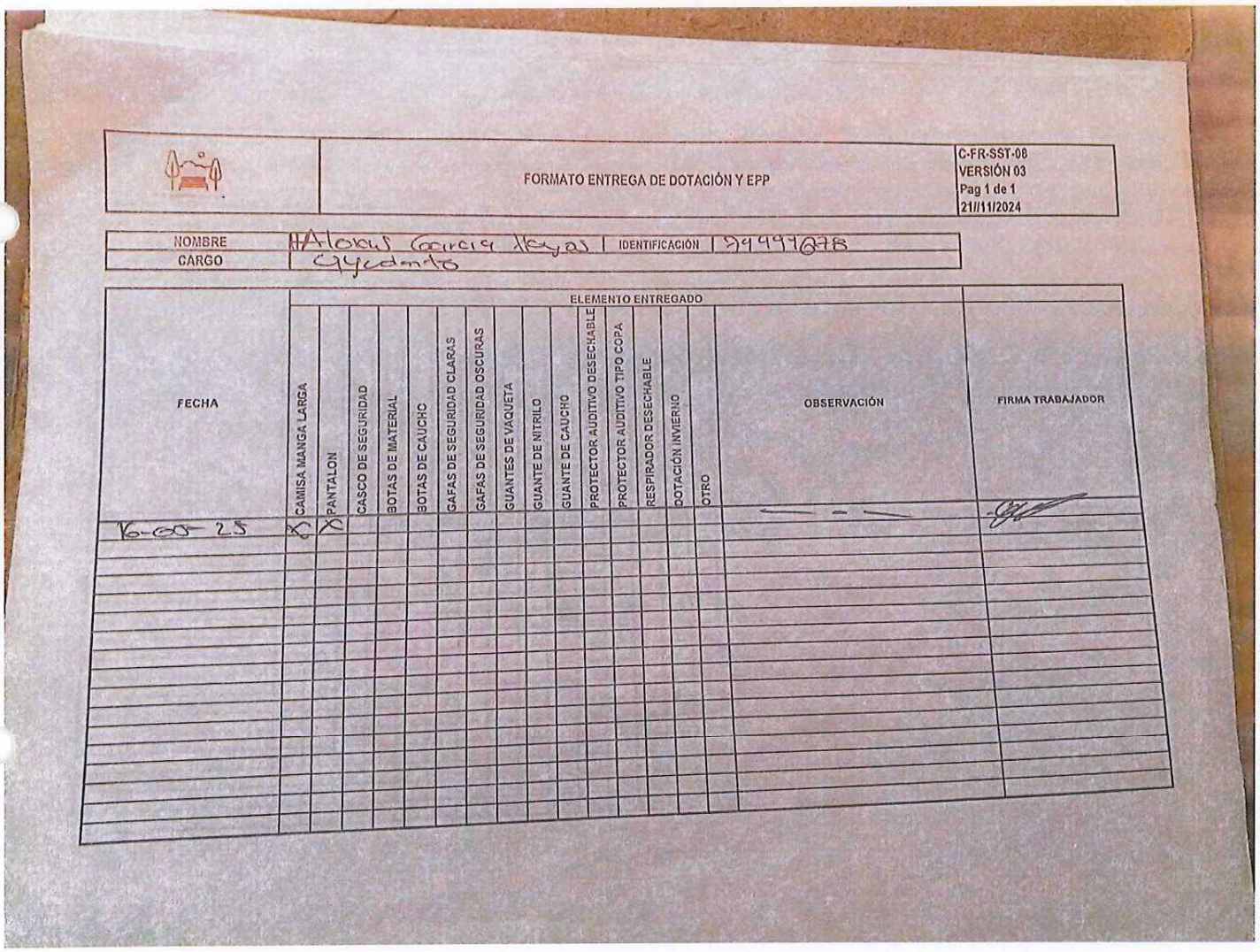


	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Cristian Muñoz	IDENTIFICACIÓN	79 830 829
CARGO	Oficial.		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
16-05-24	X	X																— o —	

37



	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Alexis García Reyes	IDENTIFICACIÓN	79997878
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
6-05-25	X	X																— — —	

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Jhonatan camilo Hurtado	IDENTIFICACIÓN	1088219688
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
06-05-25	X	X				X		X											
12-05-25				X															

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Danilo Ortiz Campos	IDENTIFICACIÓN	1000047585
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
06-05-25	X	X		X	X			X	X									— o —	

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21//11/2024

NOMBRE	Jeferson Camargo	IDENTIFICACIÓN	
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
2-05-25	X	X		X															Jeferson Camargo

C-FR-SST-08
VERSIÓN 03

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Camilo camargo	IDENTIFICACIÓN	
CARGO	Oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
07-05-25	X	X						X										— o —	Camilo C
20-05-25				X														— o — o —	Camilo C

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

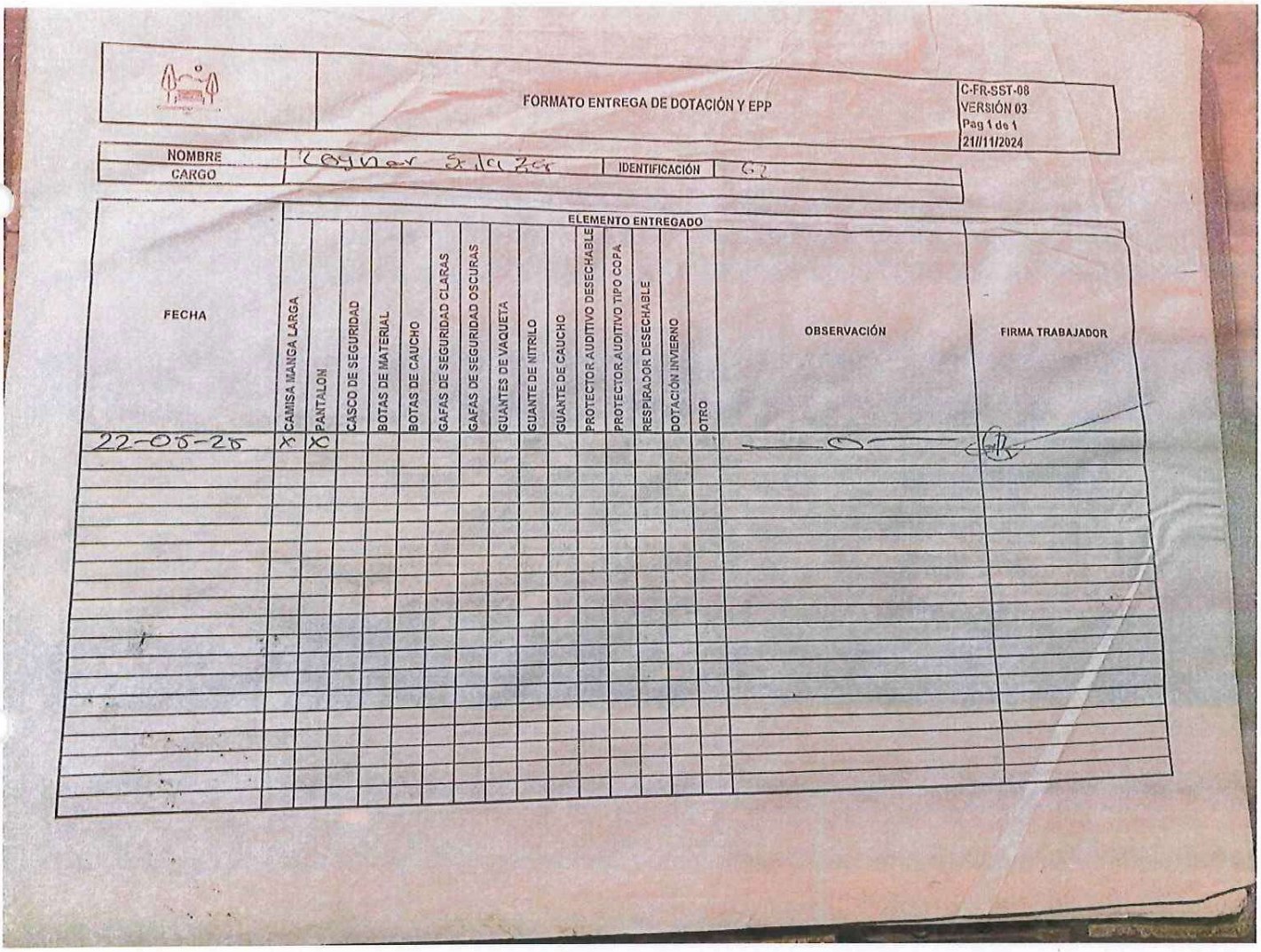
NOMBRE	alfonso Niño	IDENTIFICACIÓN	79598293
CARGO	oficial		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO				
24-04-25	X	X		X				X		X									
2-05-25																			

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Roberto Luengo	IDENTIFICACIÓN	1214969986
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
15-05-25	X	X																	Roberto Luengo



	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Cayner Ardila	IDENTIFICACIÓN	6?
CARGO			

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
22-05-25	X	X																

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-06 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Saul Gomez	IDENTIFICACIÓN	80435393
CARGO	Oficial		

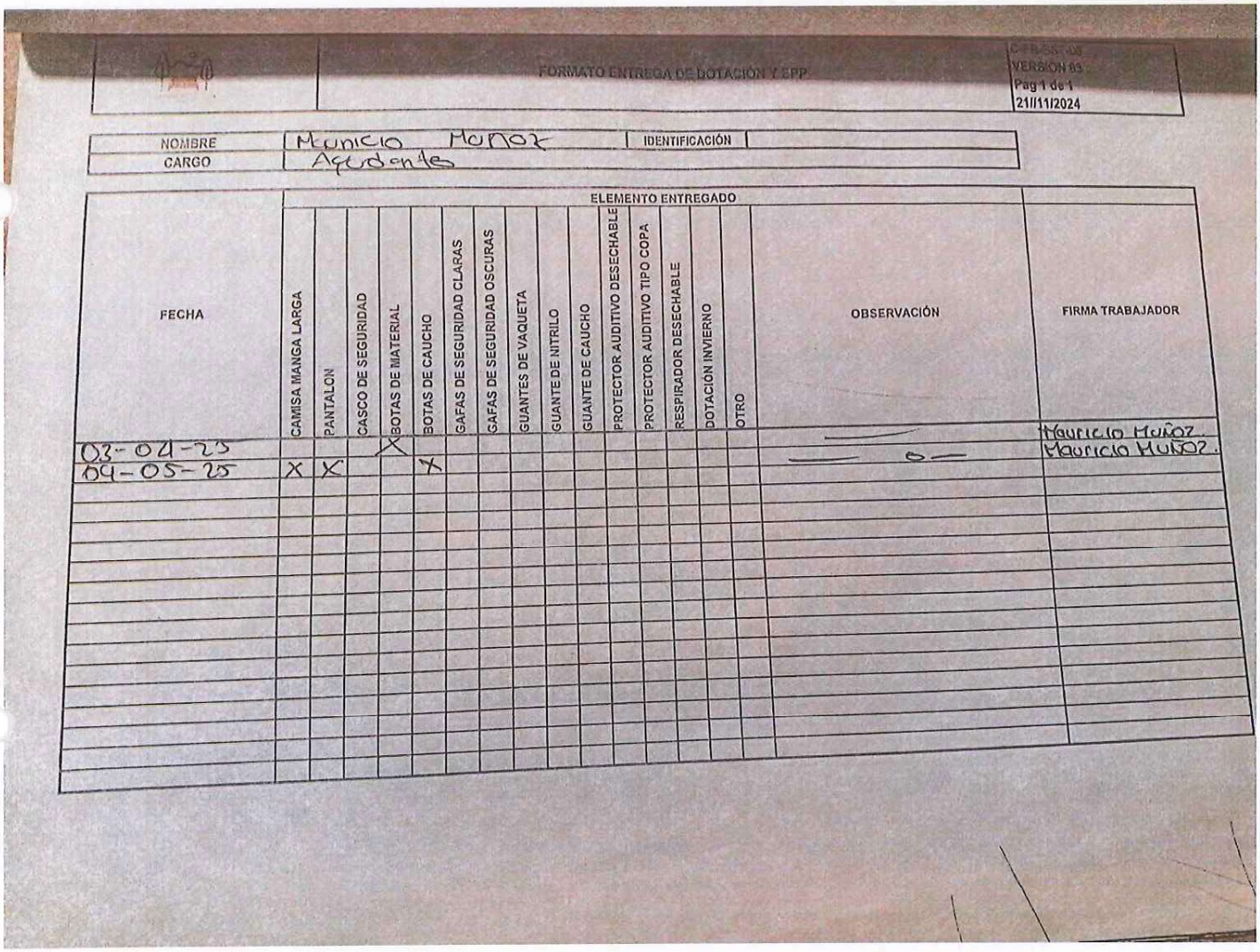
FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
7002-25	X	X	X	X				X	X		X							
1-04-25									X									
11-04-25						X												
22-05-25	X																	
23-05-25						X			X	X								

	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSIÓN 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Luis Rojas	IDENTIFICACIÓN	
CARGO	Ayudante		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO			
~~Luis Rojas~~																		Luis Rojas
13-03-25	X	X				X		X										Luis Rojas
05-04-25						X		X										Luis Rojas
29-04-25								X										Luis Rojas
2-05-25																		

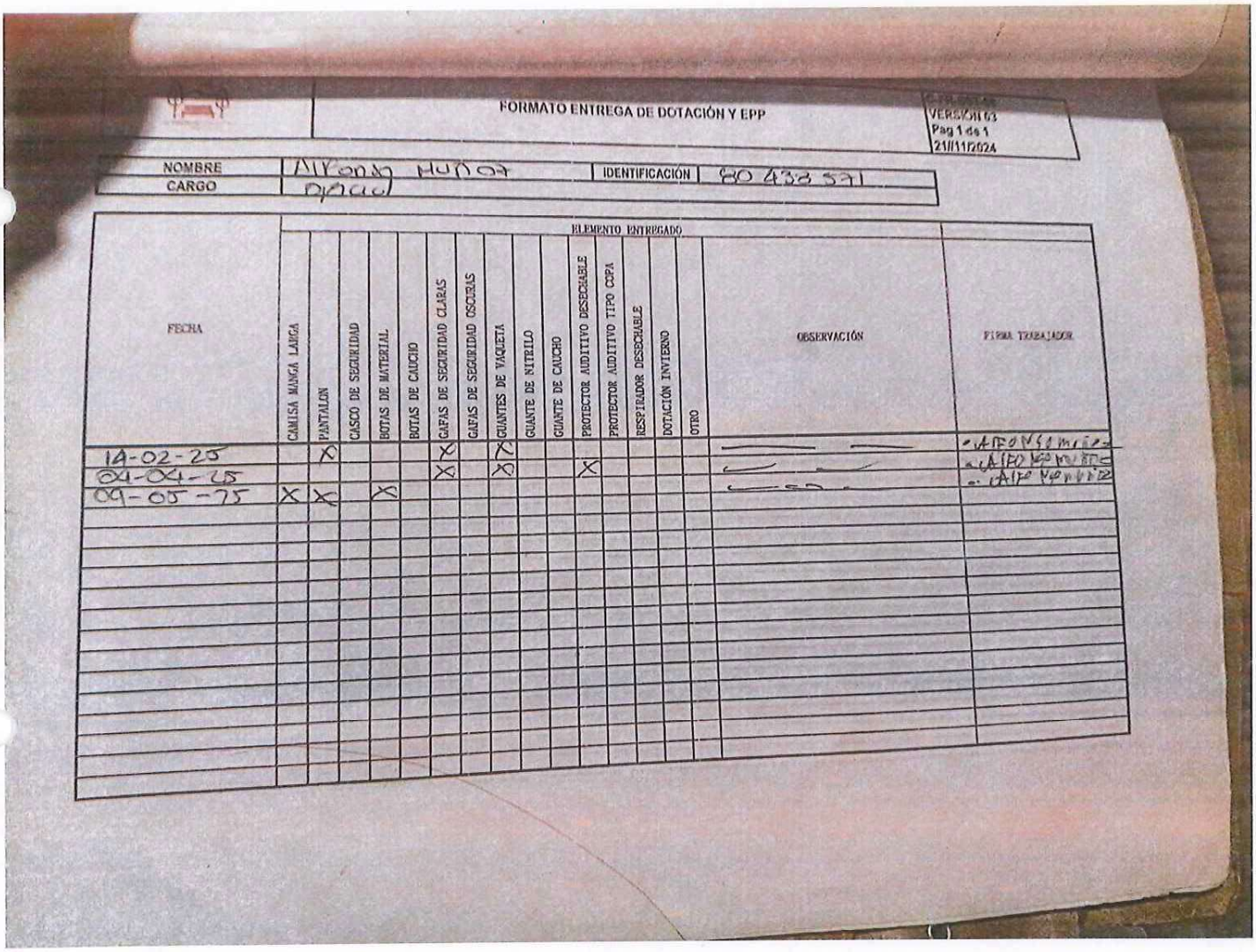
38



	FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	C-FR-SST-08 VERSION 03 Pag 1 de 1 21/11/2024

NOMBRE	Mauricio Muñoz	IDENTIFICACIÓN	
CARGO	Ayudantes		

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACION INVIERNO	OTRO				
03-04-25				X															Mauricio Muñoz.
04-05-25	X	X			X														Mauricio Muñoz.



FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

VERSIÓN 03
Pag 1 de 1
21/11/2024

NOMBRE: Alfonso Muñoz
CARGO: Oficial
IDENTIFICACIÓN: 80 432 571

FECHA	ELEMENTO ENTREGADO																	OBSERVACIÓN	FIRMA TRABAJADOR
	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	CASCO DE SEGURIDAD	BOTAS DE MATERIAL	BOTAS DE CAUCHO	GAFAS DE SEGURIDAD CLARAS	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NITRILO	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR AUDITIVO DESECHABLE	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA	RESPIRADOR DESECHABLE	DOTACIÓN INVIERNO	OTRO		
19-02-25		X				X		X			X								
21-04-25						X		X											
09-05-25	X	X		X															

CONSORCIO BZC 1	PLAN DE TRABAJO SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CBZC-PLN-SST-01 VERSIÓN: 02 PAG.1 DE 1 2024/11/24

OBJETIVOS DEL PLAN DE TRABAJO: . Definir
actividades encaminadas a la ejecucion del SGSST
.Establecer los recuersos para la ejecución de las actividades del Plan de Trabajo.

VERSION: 1

PROGRAMA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
CAPACITACIONES	Divulgación da Reglamento de Higiene y Seguridad	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Divulgación de Politicas SST, De prevencion de consumo de TDA	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Inducción, notificación de riesgos	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Reinducción (cuando aplique)	ÁREA SST									1	N.A	1	N.A	1	N.A	1			
	Puntos Ecologicos	ÁREA SST									1	1								
	Riesgo biologico	ÁREA SST											1	1						
	Riesgo Fisico	ÁREA SST													1	1				
	Riesgo Quimico	ÁREA SST															1			
	Riesgo Psicosocial	ÁREA SST																	1	
	Riesgo Biomecanico	ÁREA SST																		
	Riesgo condiciones de seguridad	ÁREA SST																		
	Riesgo Fenomenos Naturales	ÁREA SST																		
	Trasporte de materiales, insumos y materiales	ÁREA SST																		
	Concepto de ARL, EPS, AFP, CCF, derechos y deberes	ÁREA SST																		
	Pausas activas Dinamicas	ÁREA SST																		
	Higiene Postural, Manejo de carga	ÁREA SST																		
	Cardiovascular / Prevención de Fármaco dependencia y Alcoholismo / Autocuidado, hábitos saludables, (pautas adecuadas de alimentación, descanso, deporte, cuidado de la piel) (informe psicosocial), estilos de vida y trabajo saludable	ÁREA SST													1	1				
	Salud Pública / Sistemas de Vigilancia Epidemiológica	ÁREA SST															1			
	Acoso laboral / Estilos de mando / Derechos Humanos / Manual de Convivencia	ÁREA SST																	1	
	Comunicación asertiva / Manejo de estrés	ÁREA SST																		
	Resolución de conflictos y relaciones personales (habilidades para la Dirección y Coordinación de personal como resolución y manejo de conflictos, comunicación asertiva, administración efectiva del tiempo y trabajo en equipo desempeño.	ÁREA SST																		
	Movilidad segura y sostenible, manual de señalizacion / Manejo preventivo, seguridad vial y funcionamiento del vehículo	ÁREA SST																		
	Condiciones de seguridad en excavaciones - AST / Trabajo en alturas, Excavación e traje de cargas (divulgacion de instructivos de Alturas, Excavacion e traje de cargas)	ÁREA SST					1	1												
	Cuidado de manos, manejo de herramientas	ÁREA SST																		
	Uso adecuado de EPP	ÁREA SST																		
	Brigadas de emergencia / Primeros auxilios / Manejo y control de incendios	ÁREA SST																		
	Plan de emergencia y evacuación	ÁREA SST																	1	
	Uso eficiente y ahorro de energía y agua	ÁREA SST																		
	Las 5 R´S (Reducir, Reciclar, Recuperar, Restituir, Rechazar) / Orden y Limpieza	ÁREA SST																		
	Manejo de residuos sólidos, líquidos	ÁREA SST																		
	Divulgación de lecciones aprendidas (cuando aplique)	ÁREA SST	1		1		1		1		1	n.a	1	N.A	1	N.A	1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		4	3	4	3	5	4	4	3	6	4	6	4	7	5	7	0	7	0
	PORCENTAJE		75%		75%		80%		75%		67%		67%		71%		0%		0%	
		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
RIESGOS PRIORITARIOS	Divulgacion permiso trabajo en caliente	ÁREA SST													1	1				
	Tareas de alto riesgo	ÁREA SST															1			
	Riesgo Público	ÁREA SST																		
	Accidentalidad vial	ÁREA SST																		
	Robos en áreas de trabajo	ÁREA SST																		
	Divulgar lección aprendida accidentes (cuando aplique)	ÁREA SST	1		1		1		1		1	n.a	1	N.A	1	N.A	1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	1	2	0	1	0
	PORCENTAJE		0%		0%		0%		0%		0%		0%		50%		0%		0%	
		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
INSPECCIONES PLANEADAS	Inspección general (incluye Inspección de Orden y Aseo, de áreas de trabajo y locativas,Inspección y etiquetado de sustancias químicas)	ÁREA SST/COPASST													1	1				
	Inspecciones de los Botiquines	ÁREA SST/COPASST															1			
	Inspección extintores	ÁREA SST/COPASST																	1	
	Entrega de EPP	ÁREA SST/COPASST	1	0	36	9	10	10	24	24					13	13				
	Inspección de Pulidora	ÁREA SST/COPASST													1					
	Inspeccion de Retroexcavadora	ÁREA SST/COPASST													3					
	Inspeccion de Minicargador	ÁREA SST/COPASST			1	1	0	0	0	0	1	1			3					
	Inspección Canguro	ÁREA SST/COPASST													1	1				
	Inspección uso de EPP	ÁREA SST/COPASST																		
	Lista de Chequeo Inspección IDU	ÁREA SST																		
	Inspeccion de Herramientas	ÁREA SST/COPASST																		
	Verificacion preoperacional diaria de maquinaria equipos y/o vehiculos	ÁREA SST/COPASST															1			

	TOTAL ACTIVIDADES		1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	2	0	1	0
	PORCENTAJE		0%		100%		#DIV/0!		#DIV/0!		100%		#DIV/0!		67%		0%		0%	
		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
MANTENIMIENTO	Orden y Aseo en frentes de obra , mantenimiento de cerramientos y señalización	ÁREA SST					1	1	1	1			1	1					1	
	Mantenimiento preventivo y correctivo de maquinaria	ÁREA SST																		
	Mantenimiento preventivo y correctivo de herramienta electrica	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
	PORCENTAJE		#DIV/0!		#DIV/0!		100%		100%		#DIV/0!		100%		#DIV/0!		#DIV/0!		0%	
		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
VISUAL	Uso adecuado de EPP para protección visual para proyección de materiales o material particulado	ÁREA SST	1	1	1	1			1	1			1	1						
	Charla sobre uso adecuado de gafas y monogafas	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	PORCENTAJE		100%		100%		#DIV/0!		100%		0%		0%		0%		0%		100%	
		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
BIOMECANICO	Analisis y adecuación de áreas de trabajo para ejecución de actividades	ÁREA SST							1	1			1	1						
	Mantenimiento de las condiciones de los puestos de trabajo (cuando applique)	ÁREA SST																		
	Implementación y seguimiento de pausas activas relacionadas con riesgo biomecánico	ÁREA SST																		
	Pausas activas Dinamicas	ÁREA SST															1			
	Cuidado de columna, levantamiento adecuado de cargas	ÁREA SST															1			
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
	PORCENTAJE		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!		100%		0%		100%		#DIV/0!		0%		#DIV/0!	

		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
PSICOSOCIAL	Charla trabajo en equipo	ÁREA SST																	1	
	Charla sobre Riesgo Psicosocial	ÁREA SST											1	1						
	Charla sobre estrés laboral	ÁREA SST																		
	Charla sobre Resolución de conflictos	ÁREA SST																		
	Reunión del comité de Copast	ÁREA SST/COPASST	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Reunión del comité de convivencia	ÁREA SST/CCL	1		1		1	1	1		1		1	1	1		1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		2	0	2	0	2	2	2	1	2	1	3	3	2	1	2	0	3	0
	PORCENTAJE		0%		0%		100%		50%		50%		100%		50%		0%		0%	

		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Charla de estilos de vida saludable	ÁREA SST																		
	Seguimiento punto de hidratacion y proteccion solar	ÁREA SST							1	1										
	Charla de Prevención de Fármaco dependencia y Alcoholismo	ÁREA SST											1	1	1	1				
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
	PORCENTAJE		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!		100%		#DIV/0!		100%		100%		#DIV/0!		#DIV/0!	

		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
BIOSEGURIDAD	Medidas básicas de prevención de enfermedades respiratorias	ÁREA SST															1			
	Higiene de manos	ÁREA SST											1	1					1	
	Uso y desecho de tapabocas	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
	PORCENTAJE		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!		0%		0%		0%		0%		0%		100%	

		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
ORDEN Y LIMPIEZA	Identificar de manera visible las diferentes áreas de trabajo (respecto a orden y limpieza)	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Identificar de manera visible los sitios de almacenamiento de productos químicos, materiales, lugares de acopio provisionales, reciclaje chatarra residuos comunes.	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Identificar los elementos de seguridad y atención de emergencias	ÁREA SST					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	TOTAL ACTIVIDADES		0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	0
	PORCENTAJE		#DIV/0!		#DIV/0!		100%		100%		0%		100%		100%		0%		0%	

		RESPONSABLE	Nov-24		Dec-24		Jan-25		Feb-25		Mar-25		Apr-25		May-25		Jun-25		Jul-25	
SST	Actualización matriz IPEVR	ÁREA SST													1	1				
	Actualizar programas de trabajo anual	ÁREA SST															1			
	Seguimiento diagnóstico de condiciones de salud en la empresa, emo	ÁREA SST																	1	
	Evaluaciones ambientales (cuando se requiera)	ÁREA SST																		
	Plan de emergencia	ÁREA SST																		
	Organización y conformación de brigadas de emergencias	ÁREA SST																		
	Afiliación de trabajadores a la ARL, EPS y AFP	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Realizar exámenes médicos, clínico y paraclínicos de ingreso, periodicos, post incapacidad y egreso	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Comunicar las recomendaciones y restricciones de los exámenes médicos, clínico y paraclínicos de ingreso y periódicos	ÁREA SST	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Preparación y respuesta ante emergencias (simulacro nacional y simulacros provisorios)	ÁREA SST																		
	Ejecución del plan de intervención de accidentalidad (cuando aplique)	ÁREA SST													1	N.A				
	Seguimiento a las investigaciones de AT y EL (cuando aplique)	ÁREA SST															1			
	Reuniones gerenciales/direccion del proyecto y SSTA (cuando aplique)	ÁREA SST																	1	
	Seguimiento y actualización a la matriz y hojas de seguridad de productos químicos	ÁREA SST																		
	Seguimiento almacenamiento de sustancias químicas	ÁREA SST																		
	TOTAL ACTIVIDADES		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	5	0	5	0
	PORCENTAJE		100%		100%		100%		100%		100%		100%		80%		0%		0%	
	TOTAL ACTIVIDADES MES		12	7	12	8	15	13	17	14	16	12	21	18	23	17	24	0	22	0
	ASIGNACIÓN DE RECURSOS:	La Alta Gerencia se compromete a brindar los recursos físicos, tecnológicos, económicos, de Infraestructura y humanos para le cumplimiento y desarrollo del plan de trabajo durante el tiempo establecido.																		

Firma contratista SST

Nombre - Residente SST : WILLIAM EDUARDO SEGURA GARCIA

ELABORÓ

Firma Representante legal

Nombre Representante legal: Willy Patrick Belzner Salazar

APROBÓ

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07	
VERSIÓN: 01	
PAG.1 DE 1	
2024/11/24	

FECHA:	2-05-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Porvenir					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Prevención de Alcoholismo, Afectaciones a la salud por consumo de alcohol					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Captan Naranjo.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla	X
OBJETIVO:	Dar pautas al trabajador sobre la prevención del consumo de Alcohol.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Juan Carlos Garnica Bautista	Ayudante	Juan Garnica
2	Mauricio Vargas Real	Ayudante	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	7-05-25	HORA INICIO:	10:00	HORA FIN:	10:18	ACTIVIDAD		
LUGAR:	Parque Recreo					INDUCCIÓN		
TEMAS:	Hábitos de vida saludables Alimentación Balanceada.					REINDUCCIÓN		
						REUNIÓN		
						CAPACITACION	·	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Naranjo.					OTRA		
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla.	X.	
OBJETIVO:	Orientar al personal en temas de nutrición y alimentos Balanceados.							

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	JHONNY CAMILO HOYOS	AYUDANTE	JHONNY
2	John Carlos Santana	Insp Obra	Santana
3	Dalmiro Serrato	Aya oficial	
4	Jose Carlos Alba Muñoz	Maestro	Jose Alba

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	9-05-25	HORA INICIO:	8:00	HORA FIN:	9:00	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Porvenir					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Trabajo en caliente, lista de chequeo y Permisos.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Charlyn Ramos					OTRA	X
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charly	
OBJETIVO:	Divulgar el Procedimiento adecuado de trabajo en caliente.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	William Muñoz	oficial.	William
2	Juan Carlos Fornica Dourista	Ayudante	Juan Fornica
3	Mauricio Vaquero Leal	Ayudante	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	12-05-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Timiza					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Habitos de Vida Saludable. Alimentación Balanceada					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Emiliano Henao.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla	X
OBJETIVO:	Orientar al Personal en temas de Nutrición y alimentos Balanceados						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Wilson Rojas M	OFICIOL	Wilson Rojas M
2	ALFONSO MUÑOZ	OFICIOL	ALFONSO MUÑOZ
3	DIEGO RODRIGUEZ	AYUDANTE	DIEGO RODRIGUEZ
4	JHONATAN CAMILO HURTADO UNDA	AYUDANTE	JHONATAN

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2024/11/24

FECHA:	14-05-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	8-00	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Country					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Riesgo Físico: Temperaturas Extremas Cambios de clima.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	X
INSTRUCTOR Y CARGO:	Enrique Noriega					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla	X
OBJETIVO:	Dar a conocer la importancia de los cuidados al cuerpo en los cambios climaticos						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jaime muñoz R	OFICIAL	
2	Mauricio Muñoz R.	Ayudante	
3	Saúl Gomez	Oficial	
4	Jorge Aico	Auxiliar	
5	Jhon Fredy Huertas	AUXILIAR	
6	Jairo Castañeda	Oficial	
7	Carlos Andres Lugo C	oficial	
8	Ricardo Valbuena	ayudante	
9	MIGUEL E RUIZ G.	AYUDANTE	
10	Viviana Garzón	oficial	Viviana G.

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2024/11/24

FECHA:	16-05-25	HORA INICIO:	9 am	HORA FIN:	10 am	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Timiza					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Riesgo Público: Temperaturas extremas. Cambio de Gima.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Ramos					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:							X
OBJETIVO:	Dar a conocer la importancia de los cuidados del cuerpo en los cambios climáticos						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Wilson Rojas	Oficial	Wilson Rojas
2	Alfonso muñoz	Oficial	Alfonso Muñoz
3	Diego Rodriguez	Ayudante	Diego
4	Jhonatan camilo Hurtado UMG	Ayudante	Jhonatan

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2024/11/24

FECHA:	21-05-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:15	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Valles de Carum					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Prevención de Alcoholismo. Afectaciones a la Salud. Peligros del Alcohol.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Camargo.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Cruda	X
OBJETIVO:	Dar- Pautas al trabajadores. Sobre prevención del consumo de alcohol						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Luis Rojas	Ayudante	
2	Alfonso Nieto	Maestro	
3	Luis Camargo	Conductor	
4	Camilo Camargo	Ayudante	
5	Jeferson Stid Camargo	Maestro	Jeferson Camargo

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONTROL DE ASISTENCIA

CBZC-FR-SST-07
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2024/11/24

FECHA:	23-05-25	HORA INICIO:	7:00	HORA FIN:	7:10	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Parque Country					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Trabajo en Caliente Lista de chequeo Permisos de trabajo					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Coordinador de Energía.					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla	X
OBJETIVO:	Dirigir el procedimiento de T-C.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Jaime muñoz R	OFICIAL	
2	Mauricio Muñoz R.	Ayudante Oficial	
3	Saúl Gomez		
4	Jorge Arica	Aprendiz	
5	Jhon Fredy Huertas	Auxiliar	Jhon Huertas
6	Carlos Andres Lugo C.	oficial	Carlos A. Lugo C.
7	Jairo Castiblanco	Oficial	
8	Ricardo Salazar	Ayudante	
9	MIGUEL E RUIZ G	AYUDANTE	
10	Viviana Garzon.	Oficial.	Viviana Garzon

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	27-OT-25	HORA INICIO:	9 am	HORA FIN:	9.30	ACTIVIDAD	
LUGAR:	Simo Bolivar					INDUCCIÓN	
TEMAS:	Alcoholismo: Prevención al consumo Afectaciones a la Salud.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Cristian Dumza.					OTRA,	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:						Charla	X.
OBJETIVO:	Dar pautas sobre la prevención del Alcoholismo.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	CALIXTO ANGULO	OFI	calixto
2	JAIME BARACALDO GONZALEZ	OPERARIO RETRO	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**CONTROL DE ASISTENCIA**	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	Mayo 25	**HORA INICIO:**	9am	**HORA FIN:**	10am	**ACTIVIDAD**	
LUGAR:	Predios IDRD.					INDUCCIÓN	X
TEMAS:	Notificación al cargo, funciones y Responsabilidades Reglamento interno de trabajo HYS! Riesgos en Obra - Covid 19 — Matriz de Riesgos.					REINDUCCIÓN	
						REUNIÓN	
						CAPACITACION	
INSTRUCTOR Y CARGO:	Willan Segura					OTRA	
FIRMA DEL INSTRUCTOR:	~~HSA~~						
OBJETIVO:	Notificar al personal sobre los riesgos a los cuales se encuentra expuesto en Obra.						

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Yefersor Andres León Bermudes	Operador	Andres B
2	JHONATAN CAMILO HUNTADO VARGAS	AYUDANTE	JHONATAN
3	Juan Danilo Umba Campos	Ayudante	
4	Abel Barrera Moreno.	Soldador.	
5	Edelmiro Tovar Munoz.	Pintor.	
6	Duvay Andres Herrera	Pintor.	
7	Maria Angelica Padilla Martinez	Inspector	
8	Nelo ESPECIA	OFICIAL	
9	Rodrigo Murcia Guerrero	AYD	Rodrigo
10	SEBASTIAN GUTIERREZ	Soldador	
11	WALTER GUTIERREZ	Soldador	WALTER GUTIERREZ
12	MICHAEL ANDRES KAMELO	AYUDANTE	MICHAEL RAMIREZ
13	JOHN Figueroa	OFICIAL	
14	Henry Silva Pinzón	Pintor	
15	Buenaventura Labrador	Ayudante	
16	Guillermo muñoz	OFICIAL	
17	Hazeny Adricia HOYOS	Ayudante	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

	CONTROL DE ASISTENCIA	CBZC-FR-SST-07 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2024/11/24

FECHA:	14/05/25	HORA INICIO:	9am	HORA FIN:	10am.	ACTIVIDAD		
LUGAR:	Parques IDPD.					INDUCCIÓN	X	
TEMAS:	Notificación al Cargo, Funciones y Responsabilidades. Reglamento Hig. y Interno de trabajo Covid-19.- Riesgos en Obra. Matriz de Riesgos.					REINDUCCIÓN		
						REUNIÓN		
						CAPACITACION		
INSTRUCTOR Y CARGO:	William Segura.					OTRA		
FIRMA DEL INSTRUCTOR:								
OBJETIVO:	Notificar a los trabajadores sobre los riesgos y controles aplicables en Obra.							

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
1	Juan David Garcia Diaz	Alicadate	
2	Roberto Dumpe	Ayudante	
3	Oscar Armando Rodriguez M	pintor	
4	Diego Andres Rodriguez Sarmiento	AYUDANTE	Diego Rodriguez
5	Viviana Guzmán Fonseca	oficial.	Viviana Guzmán
6	MIGUEL ESTUPIÑAN GARCIA.	AYUDANTE	

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

OBJETIVO		Monitoreo sobre los incidentes, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad comun asegurando la reduccion de la frecuencia y severidad de los mismos.	
INDICADOR		Frecuencia de Accidentalidad	Severidad de la Accidentalidad
META		Disminuir minimo el 10% del indice de frecuencia de accidentes de trabajo con referencia al Año Anterior.	Disminuir minimo el 10% del indice la severidad de accidentes de trabajo
GF		IF AT= No. total, de AT x mes/ W x mes = X100	IS AT = No. total, dias de incapacidad mes/ dias cargados mes/W

CONSORCIO Bericos IDRD

INDICADORES DE GESTIÓN SST CONTRATO IDRD 4060 2024

DATOS

PERIODO	No Trab	HHT	N° AT	N° AT MORTALES	N° AT Sin Perdida de Tiempo	N° AT Con Perdida de Tiempo	Dias de Incapacidad	Dias cargados	Indice de Frecuencia (I.F)	Indice de severidad (I.S)	Indice de Lesiones Incapacitantes (I.L.I)	PATM Mortalidad
Nov-24	5	880	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Dec-24	21	3024	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
enero - 25	45	7920	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Feb-25	67	11256	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Mar-25	82	14432	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Apr-25	92	16192	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
May-25	100	17600	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0
Jun-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Jul-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Aug-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Sep-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Oct-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Nov-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
Dec-25	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0
AcumAño	412	71.304	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00
Promedio	55	5.093		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ausentismo		
Dìas de incp x mes AT+EC	Dìas trabajados x mes	Dìas trabajados x mes
0	9	0,0
0	25	0,0
0	26	0,0
0	24	0,0
0	25	0,0
0	24	0,0
0	26	0,0
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
0	0	#DIV/0!
TOTAL		139,60

Incidencia		
Nº casos EL año	Promedio de W año	Indicador incidencia
0	55	0,0

Prevalencia			
Casos EL 2024	Casos EL 2025	**Promedio de W año**	**Indicador prevalencia**
0	0	55	0,0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901886863
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CONSORCIO BELZCON IDRD 1
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 105 # 46 - 25	TELÉFONO:	5362487
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7971568997	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			8				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1501746740

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	4	$ 911,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,800	$ 0	$ 911,200	$ 4,800	$ 916,000
230301	230301-PORVENIR	6	$ 1,321,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7,000	$ 0	$ 1,321,300	$ 7,000	$ 1,328,300
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 683,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,600	$ 0	$ 683,400	$ 3,600	$ 687,000
SUBTOTALES:										$ 2,915,900	$ 15,400	$ 2,931,300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356,000	$ 0	$ 1,900	$ 0	$ 356,000	$ 1,900	$ 0	$ 357,900
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356,000	$ 0	$ 1,900	$ 0	$ 356,000	$ 1,900	$ 0	$ 357,900
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 1,000	$ 0	$ 178,000	$ 1,000	$ 0	$ 179,000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223,600	$ 0	$ 1,200	$ 0	$ 223,600	$ 1,200	$ 0	$ 224,800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 534,000	$ 0	$ 2,800	$ 0	$ 534,000	$ 2,800	$ 0	$ 536,800
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356,000	$ 0	$ 1,900	$ 0	$ 356,000	$ 1,900	$ 0	$ 357,900
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 1,000	$ 0	$ 178,000	$ 1,000	$ 0	$ 179,000
SUBTOTALES:													$ 2,181,600	$ 11,700	$ 0	$ 2,193,300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	13		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,268,500	$ 1,268,500	$ 6,700	$ 0	$ 1,275,200
SUBTOTALES:									$ 1,268,500	$ 6,700	$ 0	$ 1,275,200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	13	$ 729,600	$ 3,900	$ 733,500
SUBTOTALES:			$ 729,600	$ 3,900	$ 733,500

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	12	$ 513,600	$ 2,700	$ 516,300
SUBTOTALES:			$ 513,600	$ 2,700	$ 516,300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1001203623	RUBIO LOPEZ ROSSY CATALINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
2	CC 1010223116	ANDIA NAVARRETE CRISTIAN FELIPE	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230201-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
3	CC 1012420871	SANTANA BOHORQUEZ JOHN CARLOS	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
4	CC 1014197115	PATIÑO GARZON JOSE DAVID	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230301-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
5	CC 1024543912	CARDENAS LOZANO OSCAR DARIO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
6	CC 1026251328	CHAVARRO ROJAS CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
7	CC 1031146624	NARANJO RODRIGUEZ CRISTHIAN ORLANDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
8	CC 1110917297	ORDOÑEZ COCA PAULA ANDREA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI	07																230301-PORVENIR	24	$ 1,138,800	$ 182,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 182,300	EPS037-NUEVA EPS	24	$ 1,138,800	$ 45,600	$ 0	$ 45,600	14-11 - ARL SURA	24	$ 1,138,800	5	$ 79,300	24	$ 1,138,800	SCCF24-COMPENSAR	$ 45,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 52879930	PEDRAZA CLAUDIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	1	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI Pagos de Seguridad Social | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901888563
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO BELZCON IDRD 1
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 105 # 46 - 26	TELÉFONO:	5362487
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7971558997	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	8		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1501746740

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
10	CC 79352621	CUELLAR SALAMANCA JOHN LIAN	DEPEND		$ 1,423.500	FIJO			NO																	
11	CC 79863726	VARGAS FIGUEREDO GUSTAVO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			NO																	
12	CC 80435393	GOMEZ SALAMANCA SAUL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			NO																	
13	CC 9533226	GUZMAN CONDIA LUIS ENRIQUE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
10	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	$ 178.000	$ 0	$ 178.000
11	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000
12	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000
13	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000

ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
10	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100	30	1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0
11	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100	30	1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0
12	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	5	$ 99.100	30	1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0
13	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100	30	1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57.000	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 7.649.600

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901886663
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO BELZCON IDRD 1
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 105 # 46 - 26	TELÉFONO:	5362487
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PARQUES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7971654397			TIPO DE PLANILLA:			Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1501723955

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 198.200	$ 198.200	$ 0	$ 0	$ 198.200
SUBTOTALES:									$ 198.200	$ 0	$ 0	$ 198.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51923580	SERRANO ESPINEL SONIA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 79992215	ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.423.500	1	$ 99.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 198.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BELZOON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 5	TELÉFONO:	7639259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1771 - CALLE 45
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7971141551	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	abril AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2025
DIAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1498000559

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	3	$ 622,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,500	$ 0	$ 622,700	$ 2,500	$ 625,200
230301	230301-PORVENIR	9	$ 1,893,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7,500	$ 0	$ 1,893,900	$ 7,500	$ 1,901,400
231001	231001-COLFONDOS	3	$ 674,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,700	$ 0	$ 674,100	$ 2,700	$ 677,800
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1,138,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,500	$ 0	$ 1,138,400	$ 4,500	$ 1,142,900
SUBTOTALES:										$ 4,330,100	$ 17,200	$ 4,347,300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 228,000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 228,000	$ 900	$ 0	$ 228,900
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121,800	$ 0	$ 500	$ 0	$ 121,800	$ 500	$ 0	$ 122,300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 347,400	$ 0	$ 1,400	$ 0	$ 347,400	$ 1,400	$ 0	$ 348,800
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 49,600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 49,600	$ 200	$ 0	$ 49,800
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 173,800	$ 0	$ 800	$ 0	$ 173,800	$ 800	$ 0	$ 174,600
EPS010	C A SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 114,000	$ 500	$ 0	$ 114,500
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 49,000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 49,000	$ 200	$ 0	$ 49,200
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
SUBTOTALES:													$ 1,145,600	$ 4,600	$ 0	$ 1,150,400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	21		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,823,100	$ 1,823,100	$ 7,200	$ 0	$ 1,830,300	
SUBTOTALES:									$ 1,823,100	$ 7,200	$ 0	$ 1,830,300	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	21	$ 1,145,600	$ 4,600	$ 1,150,200
SUBTOTALES:			$ 1,145,600	$ 4,600	$ 1,150,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES								
																												PENSION								SALUD								ARP																	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IGE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1000146080	GUTIERREZ VELASCO YVONNE SOFIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	$ 5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1001182112	CASTILLO AMERICA WILMAR VICENTE	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	$ 5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1003581156	PARRA CIFUENTES LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	NUEVA EPS CM	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	$ 5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1007330752	CORTES BARBOSA JUNIOR ALBEIRO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												07-09						230301-PORVENIR	3	$ 142,350	$ 22,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22,800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142,350	$ 5,700	$ 0	$ 5,700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142,350	$ 5	$ 0	3	$ 142,350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1007330752	CORTES BARBOSA JUNIOR ALBEIRO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI										01-30								230301-PORVENIR	27	$ 1,618,458	$ 259,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 259,000	EPS005-SANITAS S.A.	27	$ 1,618,458	$ 64,800	$ 0	$ 64,800	14-11 - ARL SURA	27	$ 1,618,458	$ 5	$ 112,700	27	$ 1,618,458	SCCF24-COMPENSAR	$ 64,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1013590663	HERNANDEZ SALAZAR FREDDY MAURICIO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI	22																	25-14 COLPENSIONES	9	$ 427,050	$ 68,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68,400	EPS005-SANITAS S.A.	9	$ 427,050	$ 17,100	$ 0	$ 17,100	14-11 - ARL SURA	9	$ 427,050	$ 5	$ 29,800	9	$ 427,050	SCCF24-COMPENSAR	$ 17,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1019062595	SANDOVAL CHAPARRO MISAEL EDUARDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI	09																	230201-PROTECCION	22	$ 1,043,900	$ 167,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 167,100	EPS005-SANITAS S.A.	22	$ 1,043,900	$ 41,800	$ 0	$ 41,800	14-11 - ARL SURA	22	$ 1,043,900	$ 5	$ 45,500	22	$ 1,043,900	SCCF24-COMPENSAR	$ 41,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1022429980	CIPRIAN CASALLAS HEIDY DANIELA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		231001-COLFONDOS	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	$ 5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1022962236	CARVAJAL MILLAN RAFAEL RICARDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	$ 5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZON SOCAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	517 - CALLES COMERCIALES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79713436S0	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		6					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1496083783	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 495,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,000	$ 0	$ 495,300	$ 2,000	$ 497,300
230201	230201- PROTECCION	9	$ 2,410,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9,500	$ 0	$ 2,410,100	$ 9,500	$ 2,419,600
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1,481,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5,900	$ 0	$ 1,481,800	$ 5,900	$ 1,487,700
230301	230301-PORVENIR	10	$ 2,613,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10,300	$ 0	$ 2,613,300	$ 10,300	$ 2,623,600
SUBTOTALES:										$ 7,000,500	$ 27,700	$ 7,028,200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114,000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 114,000	$ 500	$ 0	$ 114,500
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150,400	$ 0	$ 600	$ 0	$ 150,400	$ 600	$ 0	$ 151,000
ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPSIC4	EPSIC4-ANAS WAYUU EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 62,600	$ 0	$ 300	$ 0	$ 62,600	$ 300	$ 0	$ 62,900
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS017	EPS017-FAMISANAR	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 265,200	$ 0	$ 1,100	$ 0	$ 265,200	$ 1,100	$ 0	$ 266,300
EPS041	NUEVA EPS CM	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 175,400	$ 0	$ 700	$ 0	$ 175,400	$ 700	$ 0	$ 176,100
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	10		$ 0		$ 0		$ 0	$ 795,800	$ 0	$ 3,200	$ 0	$ 795,800	$ 3,200	$ 0	$ 799,000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 272,600	$ 0	$ 1,100	$ 0	$ 272,600	$ 1,100	$ 0	$ 273,700
SUBTOTALES:													$ 1,950,000	$ 8,100	$ 0	$ 1,958,100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	27		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3,144,800	$ 3,144,800	$ 12,400	$ 0	$ 3,157,200
SUBTOTALES:									$ 3,144,800	$ 12,400	$ 0	$ 3,157,200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	27	$ 1,829,000	$ 7,200	$ 1,836,200
SUBTOTALES:			$ 1,829,000	$ 7,200	$ 1,836,200

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	1	$ 42,800	$ 200	$ 43,000
SUBTOTALES:			$ 42,800	$ 200	$ 43,000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1000117632	CASTELLANOS WILCHES DANIEL FELIPE	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI											10-11						230301-PORVENIR	2	$ 94,900	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	2	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 3,800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	5	$ 0	2	$ 94,900	CCF24-COMPENSAR	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1000117632	CASTELLANOS WILCHES DANIEL FELIPE	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI		30															230301-PORVENIR	28	$ 1,328,600	$ 212,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212,600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	28	$ 1,328,600	$ 53,200	$ 0	$ 53,200	14-11 - ARL SURA	28	$ 1,328,600	5	$ 92,500	28	$ 1,328,600	CCF24-COMPENSAR	$ 53,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1007138699	HERRERA SOLARTE CARLOS MARIO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 2,394,266	$ 383,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 383,100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2,394,266	$ 95,800	$ 0	$ 95,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,394,266	5	$ 166,700	30	$ 2,394,266	CCF24-COMPENSAR	$ 95,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1010215992	NUÑEZ SANCHEZ DIANA PATRICIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 57,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	CCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1014304048	LEAL SANCHEZ OSCAR LEONARDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI		07								01-07							230201-PROTECCION	7	$ 894,588	$ 143,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 143,200	EPS002-SALUD TOTAL	7	$ 894,588	$ 35,800	$ 0	$ 35,800	14-11 - ARL SURA	7	$ 894,588	5	$ 62,300	7	$ 894,588	CCF24-COMPENSAR	$ 35,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1023013499	MALDONADO PEREZ CRISTIAN CAMILO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	27	$ 1,281,150	$ 205,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205,000	EPS017-FAMISANAR	27	$ 1,281,150	$ 51,300	$ 0	$ 51,300	14-11 - ARL SURA	27	$ 1,281,150	5	$ 89,200	27	$ 1,281,150	CCF24-COMPENSAR	$ 51,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

246

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACION:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	3 - BOGOTA PROYECTOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79715055596	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1498099835

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 227,800	$ 900	$ 228,700
230201	230201- PROTECCION	3	$ 775,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,100	$ 0	$ 775,600	$ 3,100	$ 778,700
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 455,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,800	$ 0	$ 455,600	$ 1,800	$ 457,400
230301	230301-PORVENIR	3	$ 935,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,700	$ 0	$ 935,600	$ 3,700	$ 939,300
SUBTOTALES:										$ 2,394,600	$ 9,500	$ 2,404,100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 285,000	$ 0	$ 1,200	$ 0	$ 285,000	$ 1,200	$ 0	$ 286,200
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120,000	$ 0	$ 500	$ 0	$ 120,000	$ 500	$ 0	$ 120,500
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80,000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 80,000	$ 400	$ 0	$ 80,400
SUBTOTALES:													$ 599,000	$ 2,700	$ 0	$ 601,700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	9		$ 0	$ 0		$ 0	$ 826,100	$ 826,100	$ 3,300	$ 0	$ 829,400
SUBTOTALES:									$ 826,100	$ 3,300	$ 0	$ 829,400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	9	$ 599,000	$ 2,400	$ 601,400
SUBTOTALES:			$ 599,000	$ 2,400	$ 601,400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																													PENSIÓN						SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012423111	ORTIZ SABOGAL DAVID ORLANDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	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	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1012429637	CIPRIAN CASALLAS GINNA PAOLA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		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	2	$ 14,900	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1019011012	PACHON FAJARDO ADRIANA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		231001-COLFONDOS	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	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1081818022	TONCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI														14-16				230301-PORVENIR	3	$ 300,000	$ 48,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48,000	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 300,000	$ 12,000	$ 0	$ 12,000	14-11 - ARL SURA	3	$ 300,000	5	$ 0	3	$ 300,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 12,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1081818022	TONCEL AREVALO JORGE BERNARDO	DEPEND		$ 3,000,000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	27	$ 2,700,000	$ 432,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 432,000	EPS037-NUEVA EPS	27	$ 2,700,000	$ 108,000	$ 0	$ 108,000	14-11 - ARL SURA	27	$ 2,700,000	5	$ 188,000	27	$ 2,700,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 108,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 52423434	TOLOZA CUBAQUE MARICELA ISABEL	DEPEND		$ 2,000,000	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	30	$ 2,000,000	$ 320,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320,000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 0	$ 80,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,000,000	5	$ 139,200	30	$ 2,000,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 80,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 52901081	CUERVO GIL ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI														14-16				230201-PROTECCION	3	$ 142,350	$ 22,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22,800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142,350	$ 5,700	$ 0	$ 5,700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142,350	5	$ 0	3	$ 142,350	SCCF24-COMPENSAR	$ 5,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 52901081	CUERVO GIL ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230201-PROTECCION	27	$ 1,281,150	$ 205,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205,000	EPS005-SANITAS S.A.	27	$ 1,281,150	$ 51,300	$ 0	$ 51,300	14-11 - ARL SURA	27	$ 1,281,150	5	$ 89,200	27	$ 1,281,150	SCCF24-COMPENSAR	$ 51,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 52990836	GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI														14-16				230301-PORVENIR	5	$ 237,250	$ 38,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38,000	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 237,250	$ 9,500	$ 0	$ 9,500	14-11 - ARL SURA	5	$ 237,250	5	$ 0	5	$ 237,250	SCCF24-COMPENSAR	$ 9,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 52990836	GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	25	$ 1,186,250	$ 189,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 189,800	EPS005-SANITAS S.A.	25	$ 1,186,250	$ 47,500	$ 0	$ 47,500	14-11 - ARL SURA	25	$ 1,186,250	5	$ 82,600	25	$ 1,186,250	SCCF24-COMPENSAR	$ 47,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 79984256	ALVARADO PATIÑO JAVIER OSWALDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																		231001-COLFONDOS	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	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

42

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7693259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	3 - BOGOTÁ PROYECTOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7971505596	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1498099835

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																									PENSIÓN							SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	BC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
12	CC 80090732	BELZNER SALAZAR JORGE MARIO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	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	2	$ 14,900	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 4.436.600

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252860
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OSRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7971511642	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1498110381

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 227,600	$ 900	$ 228,700
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1,139,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,500	$ 0	$ 1,139,000	$ 4,500	$ 1,143,500
230901	230901-PORVENIR	2	$ 455,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,800	$ 0	$ 455,600	$ 1,800	$ 457,400
SUBTOTALES:										$ 1,822,400	$ 7,200	$ 1,829,600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 769,000	$ 0	$ 3,100	$ 0	$ 769,000	$ 3,100	$ 0	$ 772,100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 700	$ 0	$ 178,000	$ 700	$ 0	$ 178,700
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 57,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 57,000	$ 300	$ 0	$ 57,300
SUBTOTALES:													$ 1,061,000	$ 4,400	$ 0	$ 1,065,400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	8		$ 0	$ 0		$ 0	$ 365,000	$ 365,000	$ 1,500	$ 0	$ 366,500
SUBTOTALES:									$ 365,000	$ 1,500	$ 0	$ 366,500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	8	$ 456,000	$ 1,800	$ 457,800
SUBTOTALES:			$ 456,000	$ 1,800	$ 457,800

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	5	$ 214,000	$ 900	$ 214,900
SUBTOTALES:			$ 214,000	$ 900	$ 214,900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																													PENSIÓN							SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001113770	MORENO GARCES NANCY YULIETH	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												30-30				230301-PORVENIR	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	2	$ 0	1	$ 47,450	CCF24-COMPENSAR	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1001113770	MORENO GARCES NANCY YULIETH	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																230301-PORVENIR	29	$ 1,376,050	$ 220,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	29	$ 1,376,050	$ 55,100	$ 0	$ 55,100	14-11 - ARL SURA	29	$ 1,376,050	5	$ 55,800	29	$ 1,376,050	CCF24-COMPENSAR	$ 55,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	27	$ 1,281,150	$ 205,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205,000	EPS008-COMPENSAR	27	$ 1,281,150	$ 51,300	$ 0	$ 51,300	14-11 - ARL SURA	27	$ 1,281,150	2	$ 13,400	27	$ 1,281,150	CCF24-COMPENSAR	$ 51,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												21-21				25-14 COLPENSIONES	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	EPS008-COMPENSAR	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	5	$ 0	1	$ 47,450	CCF24-COMPENSAR	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1010190348	BOLIVAR ARENAS MARIANA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												02-03				25-14 COLPENSIONES	2	$ 94,900	$ 15,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15,200	EPS008-COMPENSAR	2	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 3,800	14-11 - ARL SURA	2	$ 94,900	2	$ 0	2	$ 94,900	CCF24-COMPENSAR	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 39777900	GALLO SERRANO BELARMINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	2	$ 14,900	30	$ 1,423,500	CCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
7	CC 51774749	CASTANEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												14-16				25-14 COLPENSIONES	3	$ 142,350	$ 22,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22,800	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 142,350	$ 5,700	$ 0	$ 5,700	14-11 - ARL SURA	3	$ 142,350	5	$ 0	3	$ 142,350	CCF24-COMPENSAR	$ 5,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 51774749	CASTANEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI												01-01				25-14 COLPENSIONES	1	$ 47,450	$ 7,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7,600	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 47,450	$ 1,900	$ 0	$ 1,900	14-11 - ARL SURA	1	$ 47,450	2	$ 0	1	$ 47,450	CCF24-COMPENSAR	$ 1,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 51774749	CASTANEDA BOLIVAR RUFINA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	26	$ 1,233,700	$ 197,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197,400	EPS005-SANITAS S.A.	26	$ 1,233,700	$ 49,400	$ 0	$ 49,400	14-11 - ARL SURA	26	$ 1,233,700	2	$ 12,900	26	$ 1,233,700	CCF24-COMPENSAR	$ 49,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901252800
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			BELZCON SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 105 462 6	TELÉFONO:	7689259
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	5 - BOGOTA OBRA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7971511642	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1498110381

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																										PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	IND.CADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
10	CC 52010581	PARDO NANCY SOFIA	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	2	$ 14,900	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
11	CC 79249755	BELZNER SALAZAR WILLY PATRICK	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	2	$ 14,900	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
12	CC 80190955	BAUTISTA CASTELLANOS NESTOR ORLANDO	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0
13	CC 80196040	CUJUACA MURILLO FRANCISCO JAVIER	DEPEND		$ 1,423,500	FIJO			NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,423,500	5	$ 99,100	30	$ 1,423,500	SCCF24-COMPENSAR	$ 57,000	$ 0	$ 42,800	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 3.934.200

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CALIXTO ANGULO RIASCO identificado(a) con CC 5360261 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	8	16%	$379,600	$60,800
ARL	ARL SURA	8	6.96%	$379,600	$26,500
CCF	COMPENSAR	8	4%	$379,600	$15,200
EPS	SALUD TOTAL	8	4%	$379,600	$15,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:06.

228

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CARLOS ALFONSO DEL CASTILLO identificado(a) con CC 98362534 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	8	16%	$379,600	$60,800
ARL	ARL SURA	8	6.96%	$379,600	$26,500
CCF	COMPENSAR	8	4%	$379,600	$15,200
EPS	FAMISANAR	8	4%	$379,600	$15,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:04.

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CARLOS AUGUSTO CARMONA RESTREPO identificado(a) con CC 80895876 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$2,000,800	$320,200
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$2,000,800	$139,300
CCF	COMPENSAR	30	4%	$2,000,800	$80,100
EPS	FAMISANAR	30	4%	$2,000,800	$80,100

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:12.

280

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que EDILBERTO PADILLA DIAZ identificado(a) con CC 12624515 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	8	16%	$379,600	$60,800
ARL	ARL SURA	8	6.96%	$379,600	$26,500
CCF	COMPENSAR	8	4%	$379,600	$15,200
EPS	SALUD TOTAL	8	4%	$379,600	$15,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:06.

281

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GUILLERMO ROJAS SALAMANCA identificado(a) con CC 79546227 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19													X				

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	3	16%	$142,350	$22,800
AFP	COLPENSIONES	27	16%	$1,281,150	$205,000
ARL	ARL SURA	3	0%	$142,350	$0
ARL	ARL SURA	27	6.96%	$1,281,150	$89,200
CCF	COMPENSAR	3	4%	$142,350	$5,700
CCF	COMPENSAR	27	4%	$1,281,150	$51,300
EPS	FAMISANAR	3	4%	$142,350	$5,700
EPS	FAMISANAR	27	4%	$1,281,150	$51,300

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:12.

282

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JAIME BARACALDO GONZALEZ identificado(a) con CC 79506458 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19													X				

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	3	16%	$223,020	$35,700
AFP	PORVENIR	27	16%	$2,007,180	$321,200
ARL	ARL SURA	3	0%	$223,020	$0
ARL	ARL SURA	27	6.96%	$2,007,180	$139,700
CCF	COMPENSAR	3	4%	$223,020	$9,000
CCF	COMPENSAR	27	4%	$2,007,180	$80,300
EPS	FAMISANAR	3	4%	$223,020	$9,000
EPS	FAMISANAR	27	4%	$2,007,180	$80,300

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:04.

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

283

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JAIRO RUBIO SANCHEZ identificado(a) con CC 93363332 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	8	16%	$379,600	$60,800
ARL	ARL SURA	8	6.96%	$379,600	$26,500
CCF	COMPENSAR	8	4%	$379,600	$15,200
EPS	SALUD TOTAL	8	4%	$379,600	$15,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:05.

284

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JONATHAN MAURICIO GUERRERO MATOMA identificado(a) con CC 1110548029 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,929,400	$628,800
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$3,929,400	$273,500
CCF	COMPENSAR	30	4%	$3,929,400	$157,200
EPS	SALUD TOTAL	30	4%	$3,929,400	$157,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:04.

285

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUIS HERNANDO MORENO CASTELBLANCO identificado(a) con CC 3241869 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	8	16%	$379,600	$60,800
ARL	ARL SURA	8	6.96%	$379,600	$26,500
CCF	COMPENSAR	8	4%	$379,600	$15,200
EPS	SALUD TOTAL	8	4%	$379,600	$15,200

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:07.

286

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MARIA ANGELICA PADILLA MARTINEZ identificado(a) con CC 1071163319 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$3,859,200	$617,500
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$3,859,200	$268,700
CCF	COMPENSAR	30	4%	$3,859,200	$154,400
EPS	FAMISANAR	30	4%	$3,859,200	$154,400

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:02.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que YEFERSON ANDRES LEON BENAVIDES identificado(a) con CC 1024564338 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

JHC INGENIEROS SAS NI 900552174

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-05	1492480680	9486192134	E	2025-05-19																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,964,140	$314,300
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$1,964,140	$136,800
CCF	COMPENSAR	30	4%	$1,964,140	$78,600
EPS	FAMISANAR	30	4%	$1,964,140	$78,600

Este certificado se expide el día 2025-05-19 a las 10:05.

288

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	901100379-3	RM INGENIERIA SAS		DG 70 C SUR 78 37	3204739137	rmi.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86542025	$1.772.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	87.400	0		0		0	0	0	0	87.400	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	83.600	0		0		0	0	0	0	83.600	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	334.100	0	0	0	0	0	0		334.100	2
230301	Porvenir	800224808-8	121.500	0	0	0	0	0	0		121.500	1
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	396.500				396.500	0	0	396.500			3.965	396.500	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	236.300	0	0	236.300	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	228.000	228.000
Pensión	4	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	396.500	396.500
CCF	1	236.300	236.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.772.000	1.772.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901100379-3	RM INGENIERIA SAS	DG 70 C SUR 78 37	3204739137	rmi.topografia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 5 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86542025	$1.772.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010033633	OLAYA CASTAÑEDA DIEGO ALEJANDRO	1	0			S	X																230201	1.376.050	220.200	0	0	0	0	EPS010	1.376.050	55.100	14-23	1.376.050	5	96.800	CCF24	1.376.050	55.100	0	0	0	0	0
2	CC	1012342987	MOSQUERA IBAÑEZ RODRIGO	1	0			S																	231301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1026563816	MAHECHA APARICIO DIEGO ARMANDO	1	0			S	X																230301	759.200	121.500	0	0	0	0	EPS005	759.200	30.400	14-23	759.200	5	52.900	CCF24	759.200	30.400	0	0	0	0	0
4	CC	79976077	RODRIGUEZ DUARTE ERVIN ARTURO	1	0			S		X															230201	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS010	711.750	28.500	14-23	711.750	5	49.600	CCF24	919.344	36.800	0	0	0	0	0
5	CC	19225828	MOSQUERA GARZON RODRIGO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	Illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	13/05/2025	86049643	$999.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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	890903790-5	124.000				124.000	0	0	124.000			1.240	124.000	2

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	114.000	0	0	114.000	2

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
28.500	0	0	28.500	1
ICBF				
42.800	0	0	42.800	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	235.000	235.000
Pensión	1	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	124.000	124.000
CCF	1	114.000	114.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	42.800	42.800
MEN	0	0	0
SENA	1	28.500	28.500
TOTALES	7	999.900	999.900

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	901577068-5	ILLUMINARC SAS	Cr 106a # 81- 69	3012411989	Illuminarcdesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	13/05/2025	86049943	$999.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014239649	JIMENEZ VILLAMIL ANDRES FELIPE	1	0			N																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	178,000	14-11	1,423,500	4	62,000	CCF22	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
2	CC	1020785662	ROMERO VASQUEZ PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	4	62,000	CCF22	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

292

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	901839563-5	JAMZ ELECTRICOS SAS	CALLE 128 C BIS # 94 - 20	3177477099	jamzelectricossas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	86568794	$3.343.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	276.000	0		0		0	0	0	0	276.000	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	96.000	0		0		0	0	0	0	96.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.056.000	0	0	0	0	0	0		1.056.000	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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	890903790-5	751.900				751.900	0	0	751.900			7.519	751.900	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	432.000	0	0	432.000	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	432.000	432.000
Pensión	3	1.728.000	1.728.000
Riesgos Laborales	1	751.900	751.900
CCF	1	432.000	432.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	3.343.900	3.343.900

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	901839563-5	JAMZ ELECTRICOS SAS		CALLE 128 C BIS # 94 - 20	3177477099	jamzelectricossas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 5 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	86563794	$3.343.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018469346	LOZANO DIAZ JINETH DANIELA	1	0			S																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
2	CC	1032383946	MARTINEZ PEREZ JOSE YESID	1	0			S		X															230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
3	CC	80027455	BAUTISTA AMAYA WILMER ARMANDO	1	0			S																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF22	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
4	CC	80473084	LOZANO LUIS FERNANDO	1	0			S																	230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS002	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF22	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
5	CC	79244131	LOZANO CASTRO JOSE AGUSTIN	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS002	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF22	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0

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	901221609-1	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS		CL 3 SUR 68 A 21	3124015135	RM.TRABAJANDOCONENERGIA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	02/05/2025	86180531	$3.121.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	59.800	0		0		0	0	0	0	59.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	107.300	0		0		0	0	0	0	107.300	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	43.000	0		0		0	0	0	0	43.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	679.500	0	0	0	0	0	0		679.500	4
230301	Porvenir	800224808-8	627.600	0	0	0	0	0	0		627.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	459.300	0	0	0	0	0	0		459.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	476.600				476.600	0	0	476.600			4.766	476.600	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	440.300	0	0	440.300	9

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	901221609-1	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS		CL 3 SUR 68 A 21	3124015135	RM.TRABAJANDOCONENERGIA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 9 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	02/05/2025	86180531	$3.121.400

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	438.100	438.100
Pensión	3	1.766.400	1.766.400
Riesgos Laborales	1	476.600	476.600
CCF	1	440.300	440.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.121.400	3.121.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901221609-1	ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS		CL 3 SUR 68 A 21	3124015135	RM.TRABAJANDOCONENERGIA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 9 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	02/05/2025	86180531	$3.121.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014478861	AVELLANEDA QUIROGA KEVIN MATEO	1	0			S	X																230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	4	62,000	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
2	CC	1033766828	GARCIA ALFARO FABIAN MAURICIO	1	0			S	X	X															230201	1,233,700	197,400	0	0	0	0	EPS008	1,233,700	49,400	14-23	1,233,700	4	53,700	CCF24	1,289,058	51,600	0	0	0	0	0
3	CC	1033766828	GARCIA ALFARO FABIAN MAURICIO	1	0			S									X								230201	94,900	15,200	0	0	0	0	EPS008	94,900	0	14-23	94,900	4	0	CCF24	94,900	0	0	0	0	0	0
4	CC	1216964192	BARRIOSNUEVOS OSPINO GUSTAVO ALBERTO	1	0			S	X																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	4	62,000	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
5	CC	7141899	MONSALVO GARCIA HEIDER ENRIQUE	1	0			S	X	P															230201	47,450	7,600	0	0	0	0	EPS005	47,450	1,900	14-23	47,450	4	2,100	CCF24	47,450	1,900	0	0	0	0	0
6	CC	79352450	MEDINA MEDINA EMILIO	1	0			S									X								25-14	1,446,710	231,500	0	0	0	0	EPS008	1,446,710	57,500	14-23	1,446,710	4	63,000	CCF24	1,446,710	57,900	0	0	0	0	0
7	CC	79382708	MEDINA MEDINA NUMAEL	1	0			S									X								230201	1,446,710	231,500	0	0	0	0	EPS005	1,446,710	57,500	14-23	1,446,710	4	63,000	CCF24	1,446,710	57,900	0	0	0	0	0
8	CC	79950551	FLORIAN CESPEDES VICTOR FABIO	1	0			S	X								X								230301	1,074,847	172,000	0	0	0	0	MIN001	1,074,847	43,000	14-23	1,074,847	4	46,800	CCF24	1,074,847	43,000	0	0	0	0	0
9	CC	80209784	ROJAS MEDINA JHONY MAURICIO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	4	62,000	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
10	CC	79764999	ROJAS MEDINA HECTOR REINEL	1	0			S	X																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	4	62,000	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	901230950-7	OMR SAS	CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	16/05/2025	86641938	$9.367.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	592.800	0		0		0	2	800	0	593.600	12
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.600	0		0		0	2	300	0	178.900	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	115.900	0		0		0	2	200	0	116.100	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	2	100	0	57.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	231.800	0		0		0	2	400	0	232.200	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	2	100	0	57.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	7.600	0		0		0	2	100	0	7.700	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	57.000	0		0		0	2	100	0	57.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	2	600	0	456.200	3
230301	Porvenir	800224808-8	2.862.700	0	0	0	0	2	3.800	0	2.866.500	14
231001	Colfondos	800227940-6	455.600	0	0	0	0	2	600	0	456.200	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	729.000	0	0	0	0	2	1.000	0	730.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.256.700				2.256.700	2	3.000	2.259.700			22.567	2.259.700	28

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.297.700	2	1.700	1.299.400	28

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	901230950-7	OMR SAS		CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				28	0
2025-05	2025-04	E	16/05/2025	86641938	TOTAL A PAGAR	
					$9.367.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.297.700	1.299.800
Pensión	4	4.502.900	4.508.900
Riesgos Laborales	1	2.256.700	2.259.700
CCF	1	1.297.700	1.299.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	9.355.000	9.367.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901230950-7	OMR SAS		CRA 23 187A 60	3102435136	comercial@omringenieria.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	S

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				28	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	16/05/2025	86641938	$9.367.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000117382	HERRERA MORENO MAICOL ESTIVEN	1	0			S		x															230301	189,800	30,400	0	0	0	0	EPSC34	189,800	7,600	14-11	189,800	5	13,300	CCF24	189,800	7,600	0	0	0	0	0
2	CC	1014258198	RIVAS RUIZ ANGEL MAURICIO	1	0			S	x	x															231001	94,900	15,200	0	0	0	0	EPS008	94,900	3,800	14-11	94,900	5	6,700	CCF24	94,900	3,800	0	0	0	0	0
3	CC	1014282917	PIÑEROS BARRIOS ANGELO SERGIO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
4	CC	1030678784	HURTADO BELTRAN ESTIVEN ADIOLFO	1	0			S	x																230301	1,376,050	220,200	0	0	0	0	EPS008	1,376,050	55,100	14-11	1,376,050	5	95,800	CCF24	1,376,050	55,100	0	0	0	0	0
5	CC	1032936029	GOMEZ ORTEGA WILSON YECID	1	0			S		x															230201	189,800	30,400	0	0	0	0	EPS005	189,800	7,600	14-11	189,800	5	13,300	CCF24	189,800	7,600	0	0	0	0	0
6	CC	10530250	MAYA DIAZ OSCAR FERNANDO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
7	CC	1079032313	URREGO NELSON ALFONSO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
8	CC	1079932748	ACOSTA BORJA KEVIN RAFAEL	1	0			S	x																230301	1,376,050	220,200	0	0	0	0	EPS002	1,376,050	55,100	14-11	1,376,050	5	95,800	CCF24	1,376,050	55,100	0	0	0	0	0
9	CC	1116204008	PERDOMO VILLANUEVA ANDRES	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
10	CC	11521306	VELASQUEZ HERNANDEZ JOSE JAVIER	1	0			S		x															230201	1,233,700	197,400	0	0	0	0	EPS017	1,233,700	49,400	14-11	1,233,700	5	85,900	CCF24	1,233,700	49,400	0	0	0	0	0
11	CC	79603770	ROA HUERFANO OSCAR RICARDO	1	0			S	x	x															25-14	284,700	45,600	0	0	0	0	EPS017	284,700	11,400	14-11	284,700	5	19,900	CCF24	284,700	11,400	0	0	0	0	0
12	CC	79825593	MURCIA GUERRERO RODRIGO	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	ESSC24	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
13	CC	79894196	FIGUEREDO CAICEDO JOHN ALEXANDER	1	0			S	x	x															231001	94,900	15,200	0	0	0	0	EPS002	94,900	3,800	14-11	94,900	5	6,700	CCF24	94,900	3,800	0	0	0	0	0
14	CC	80453101	QUINTERO FRANCO LUIS ALBERTO	1	0			S	x																230301	1,376,050	220,200	0	0	0	0	EPS002	1,376,050	55,100	14-11	1,376,050	5	95,800	CCF24	1,376,050	55,100	0	0	0	0	0
15	CC	1072716287	FORERO GUERRERO EDWIN ALEJANDRO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
16	CC	1073714462	CRUZ AVILA DIEGO FERNANDO	1	0			S		x															231001	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
17	CC	19487543	MARTINEZ CRISTANCHO FACUNDO	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS010	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
18	CC	79429310	GACHARNA SAMACA JUAN EMILIO	1	0			S		x															230301	759,200	121,500	0	0	0	0	EPS002	759,200	30,400	14-11	759,200	5	52,900	CCF24	759,200	30,400	0	0	0	0	0
19	CC	1023896907	GARZON FONSECA INGRID VIVIANA	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
20	CC	1064706260	MATUTE MEJIA JHON FRANCISCO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
21	CC	17176189	LOPEZ CACERES MISAEL	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
22	CC	2968575	GOMEZ PEDROZA JUAN MAURICIO	1	0			S		x															231001	1,233,700	197,400	0	0	0	0	EPS002	1,233,700	49,400	14-11	1,233,700	5	85,900	CCF24	1,233,700	49,400	0	0	0	0	0
23	CC	19235246	SABOGAL CENON	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
24	CC	1069126239	VELASQUEZ MURCIA JAVIER CAMILO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
25	CC	1022922821	VELASQUEZ MURCIA SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
26	PT	5103706	BETANCOURT ACOSTA ELIASYB JOSE	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
27	CC	80091039	MAYA ROJAS JUAN FELIPE	1	0			S																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
28	CC	80748737	VELASQUEZ ORLANDO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-11	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

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	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL RIEGO / 005	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	86579537	$942.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	116.000	0		0		0	0	0	0	116.000	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	5.800	0		0		0	0	0	0	5.800	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	800224808-8	255.200	0	0	0	0	0	0		255.200	2
231001	Colfondos	800227940-6	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	212.100				212.100	0	0	212.100			2.121	212.100	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	121.800	0	0	121.800	3

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	121.800	121.800
Pensión	2	487.200	487.200
Riesgos Laborales	1	212.100	212.100
CCF	1	121.800	121.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	942.900	942.900

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	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS	CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL RIEGO / 005	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	86579537	$942.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RIL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033697843	LUGO CARDONA CARLOS ANDRES	1	0			S																	230301	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS002	1.450.000	58.000	14-23	1.450.000	5	101.000	CCF24	1.450.000	58.000	0	0	0	0	0
2	CC	1193512086	GARCIA FUENTES DEINER ENRIQUE	1	0			S	X																230301	145.000	23.200	0	0	0	0	EPS041	145.000	5.800	14-23	145.000	5	10.100	CCF24	145.000	5.800	0	0	0	0	0
3	CC	80764602	HUERTAS ZABALETA JHON FREDY	1	0			S																	231001	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS002	1.450.000	58.000	14-23	1.450.000	5	101.000	CCF24	1.450.000	58.000	0	0	0	0	0

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	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL 1	PRINCIPAL1	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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	8386442669	$881.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	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	198.200				198.200	0	0	198.200			1.982	198.200	2

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	0	0	114.000	2

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.000
Pensión	2	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	198.200	198.200
CCF	1	114.000	114.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	881.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900473786-4	STEEL CONCRET SC SAS		CRA 28 A No. 49 A 11	3204609063	steelconcret@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL 1	PRINCIPAL1	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
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	15/05/2025	8386442669	$881.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1109843533	CHICO LOAIZA JORGE EDUARDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	3256087	CASTAÑEDA CIFUENTES JAIRO	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

3 de 4

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

Señor(es): STEEL CONCRET SC SAS
Nit: NI 900473786
Dirección: CRA 28 A No. 49 A 11
Teléfono: 3204609063 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	STEEL CONCRET SC SAS
Tipo y número de identificación	900473786
Número de radicación planilla	8386442667
Fecha de pago	5/15/2025
Número de autorización de pago	29820508
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2025
Periodo cotización pensión	Abril 2025
Periodo cotización caja	Abril 2025
Número de administradoras	4
Total Pagado	$557.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$125.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$288.000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$72.000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$72.000	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																		VALOR IBC				[illegible]	[illegible]	[illegible]	LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79986418	CARDENAS AGUJA JORGE WILLIAMS	EPS037	25-14	CCF24																			1,800,000	1,800,000	1,800,000	1,800,000	0			288,000	0	0	72,000	0

306

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

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 900464535	4	ARIN CONSTRUCTORES S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	VARIOS	Cra 4 18 - 50 Oficina 607	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5102087	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1482505384	9484980237	E	2025/05/09	2025/05/15	BANCO CAJA SOCIAL	6	$2,190,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: VARIOS (3 Afiliados)					$4,647,000	$743,600			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$323,500		$0	$0
Centro de Trabajo: VARIOS (3 Afiliados)					$4,647,000	$743,600			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$323,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)					$4,647,000	$743,600			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$186,000			$4,647,000	$323,500		$0	$0
1	CC 79728460	CORTES DAVID	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC 80226576	JIMENEZ JORGE	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF21	30	$1,800,000	$72,000	14-23	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0
3	CC 7219085	VARGAS CAMPO	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: ARIN (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
Centro de Trabajo: 002 (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$3,023,500	$483,800			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$121,000			$3,023,500	$15,900		$0	$0
4	CC 53090103	JIMENEZ GABY	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
5	CC 46376826	MONTAÑA SOBEIDA	25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF21	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	$8,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(5)**				$7,670,500	$1,227,400			$7,670,500	$307,000			$7,670,500	$307,000			$7,670,500	$339,400		$0	$0

307

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 900464535	4	ARIN CONSTRUCTORES S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	VARIOS	Cra 4 10 - 50 Oficina 607	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5102087	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1482505384	9484980237	E	2025/05/09	2025/05/15	BANCO CAJA SOCIAL	6	$2,190,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$1,227,400	$5,000	$0	$1,232,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$483,800	$2,000	$0	$485,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$1,200	$0	$289,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$455,600	$1,800	$0	$457,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$339,400	$1,400	$0	$340,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	5	$339,400	$1,400	$0	$340,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$307,000	$1,300	$0	$308,300
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$307,000	$1,300	$0	$308,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				5	$307,000	$1,500	$0	$308,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$300	$0	$57,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$136,000	$600	$0	$136,600
TOTAL				5	$2,180,800	$9,200	$0	$2,190,000

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2025/05/15 09:27 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
CC 79315037		CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	cra 19 # 65-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1487870253	9486087197	E	2025/05/12	2025/05/19	NEQUI	7	$2,311,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (9 Afiliados)																							$6,263,400	$1,002,400			$9,110,400	$364,800			$7,450,001	$298,200			$9,110,400		$634,500		$0	$0		$2,299,900
Centro de Trabajo: 6960 RIESGO 5 (9 Afiliados)																							$6,263,400	$1,002,400			$9,110,400	$364,800			$7,450,001	$298,200			$9,110,400		$634,500		$0	$0		$2,299,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (9 Afiliados)																							$6,263,400	$1,002,400			$9,110,400	$364,800			$7,450,001	$298,200			$9,110,400		$634,500		$0	$0		$2,299,900
1	CC	53014092	ARIZA ESPOSITO CAROL JOHANA																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$430,300
2	CC	1000352200	CAMARGO MORANTES CAMILO ANDRES																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$423,500
3	CC	4118907	CAMARGO QUINTANA EMILIANO		X																	0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$202,500
4	CC	80858863	CAMARGO VANEGAS JAIDER		X																23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF21	1	$33,334	$1,400	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,300
5	CC	1033775106	CAMARGO CABEZAS JEFERSON STID																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$423,900
6	CC	73563773	CAMARGO VANEGAS RENE		X																23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$430,300
7	CC	79598293	NIÑO FORERO LUIS ALFONSO	X																	23100 1	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF21	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	6.960%	$33,100	10	$0	$0	SI	$147,100
8	CC	79210402	PEÑA PARRA JOVANNI		X																23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF21	1	$38,667	$1,600	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	SI	$14,500
9	CC	19401764	ROJAS TRUJILLO LUIS ROGELIO																			0	$0	$0	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	SI	$213,600
Total			**Afiliados(9)**																				$6,263,400	$1,002,400			$9,110,400	$364,800			$7,450,001	$298,200			$9,110,400		$634,500		$0	$0		$2,299,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79315037		CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	cra 19 # 65-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-05	1487870253	9486087197	E	2025/05/12	2025/05/19	NEQUI	7	$2,311,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$1,002,400	$4,800	$0	$1,007,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$76,000	$400	$0	$76,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$698,600	$3,300	$0	$701,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$634,500	$3,000	$0	$637,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	9	$634,500	$3,000	$0	$637,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$298,200	$1,400	$0	$299,600
CAFAM	CCFZ1	860,013,570	3	9	$298,200	$1,400	$0	$299,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$364,800	$1,900	$0	$366,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$300	$0	$57,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$248,900	$1,200	$0	$250,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,900	$100	$0	$2,000
TOTAL				9	$2,299,900	$11,100	$0	$2,311,000

2025/05/16 08:39 PM

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	900608293-7	BALERCO S.A.S		CRA 27 71B 03	7442493	cesar.forero@balerco.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	29/05/2025	86388879	$4.634.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	497.500	0		0		0	7	2.300	0	499.800	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	21.600	0		0		0	7	100	0	21.700	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	120.000	0		0		0	7	600	0	120.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.316.800	0	0	0	0	7	6.100	0	1.322.400	3
231001	Colfondos	800227940-6	807.700	0	0	0	0	7	3.800	0	811.500	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	7	2.300	0	482.300	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	890903790-5	730.700				730.700	7	3.400	734.100			7.307	734.100	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	639.100	7	3.000	642.100	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	639.100	642.100
Pensión	3	2.604.000	2.616.200
Riesgos Laborales	1	730.700	734.100
CCF	1	639.100	642.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.612.900	4.634.500

PAGADA

116

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	900608293-7	BALERCO S.A.S		CRA 27 71B 03	7442493	cesar.forero@balerco.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	29/05/2025	86388879	$4.634.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000685386	VALENCIA OSPINA ANA HASBLEIDY	1	0			S												X					230301	170,000	27,200	0	0	0	0	EPS002	170,000	6,800	14-11	170,000	1	0	CCF24	170,000	6,800	0	0	0	0	0
2	CC	1000685386	VALENCIA OSPINA ANA HASBLEIDY	1	0			S								X									230301	1,530,000	244,800	0	0	0	0	EPS002	1,530,000	61,200	14-11	1,530,000	1	8,000	CCF24	1,530,000	61,200	0	0	0	0	0
3	CC	1018462151	ESPITIA ROJAS EDGAR	1	0			S	X																231001	540,000	86,400	0	0	0	0	EPS005	540,000	21,600	14-11	540,000	5	37,800	CCF24	540,000	21,600	0	0	0	0	0
4	CC	1018462151	ESPITIA ROJAS EDGAR	1	0			S										X							231001	300,000	48,000	0	0	0	0	EPS005	300,000	0	14-11	300,000	5	0	CCF24	300,000	0	0	0	0	0	0
5	CC	1032419520	ALONSO PIRACOCA JAIR DAVID	1	0			S																	25-14	3,000,000	480,000	0	0	0	0	EPS017	3,000,000	120,000	14-11	3,000,000	5	202,500	CCF24	3,000,000	120,000	0	0	0	0	0
6	CC	52880437	CHAVES ROZO BRENDA CATALINA	1	0			S																	231001	4,208,000	673,300	0	0	0	0	EPS002	4,208,000	168,400	14-11	4,208,000	1	22,000	CCF24	4,208,000	168,400	0	0	0	0	0
7	CC	79938505	FORERO OTALVARO CESAR ANDRES	1	0			S																	230301	5,260,000	841,600	0	0	0	0	EPS002	5,260,000	210,400	14-11	5,260,000	5	366,100	CCF24	5,260,000	210,400	0	0	0	0	0
8	CC	80722605	CASTAÑEDA MARTINEZ YONY FERNANDO	1	0			S	X																230301	1,266,667	202,700	0	0	0	0	EPS002	1,266,667	50,700	14-11	1,266,667	5	86,200	CCF24	1,266,667	50,700	0	0	0	0	0

PAGADA

312

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ANDRES MAURICIO TAVERA PINZON identificado(a) con CC 1053784849 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO FABRICA EYD NI 901870653

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X								
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	AFP	230901	SKANDIA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X								
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	FSP	230901	SKANDIA	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30									X								
9485705099	1459160311	E	2025-05-05	SUB	230901	SKANDIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30									X								

Este certificado se expide el día 2025-05-27 a las 16:05.

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	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	26/05/2025	86459291	$894.100	

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	21	800	0	57.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	21	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	800224808-8	455.600	0	0	0	0	21	6.300	0	461.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	21	2.800	201.000			1.982	201.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	21	1.600	115.600	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	21	0	0	0
ICBF				
0	21	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	115.600
Pensión	1	455.600	461.900
Riesgos Laborales	1	198.200	201.000
CCF	1	114.000	115.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	881.800	894.100

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	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-04	E	26/05/2025	86459291	$894.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ERL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013662731	FALLA PERILLA JUAN CAMILO	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
2	CC	1193225149	PEREZ MALDONADO HEIDY MICHELLE	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-23	1,423,500	5	99,100	CCF24	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			2025	5	2025	8680172		PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☐	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 18 SUR 29 D 12	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3158552765		abacojuegosyparques@gmail.com	1690	0	1	2025/05/23	1501974450

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

CCD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	99.100		0	0	99.100
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	99.100		0	991	99.100

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	0
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	2

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	APORTES DE ICBF, SENA, INT Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	0	0
SALUD	178.000	178.000
RIESGOS LABORALES	99.100	99.100
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	277.100	277.100

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR BP				NRO DÍAS COTIZADOS			LIQUIDACIÓN DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIA	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	19376960	SILVA PINZON HENRY	EPS008																				1,423,500	0	0	1,423,500	5			0	0	0	178,000	0

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	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	Y	27/05/2025	86351045	$504.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

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

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

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

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

PAGADA

3/3

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	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	Y	27/05/2025	86851045	$504.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanit	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1053004745	BALDOVINO MARTINEZ EMIRO JOSE	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

319

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODO DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	U C S D			2025	5	2025	3691926		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 18 SUR 29 D 12	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3158552765		abacojuegosyparques@gmail.com	1690	0	2	2025/05/23	1511874083

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC MATERNIDAD No.AUT	LIC MATERNIDAD VALOR	VALOR COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPS037	900156264-2	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	198.200		0	0	198.200
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	198.200		0	1.982	196.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS DE COMPENSACION

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	2
SALUD	2
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	5

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	VALOR DE INTERESES Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	455.600	455.600
SALUD	356.000	356.000
RIESGOS LABORALES	198.200	198.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.009.800	1.009.800

320

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR BC				SUSPENSION TEMPORAL	EXTRANJERO	COTIZANTE EN COMISION DE SERVICIO EXTERIOR	LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR. PENSION	APORTE VOLUNT. PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	73050088	SANTANA ARRIETA NEY	EPS037	25-14																			1,423,500	1,423,500	0	1,423,500	0			227,500	0	0	178,000	0

PAG 2 DE 1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	INR	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	TARIFA	AFC	VSP	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	92129294	ANDRADES POLO ARNULFO	EPS002	230301																			1,423,500	1,423,500	0	1,423,500	0			227,600	0	0	176,000	0

22 3

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	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	Y	30/05/2025	86961496	$2.524.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	495.500				495.500	0	0	495.500			4.955	495.500	5

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	890.000	890.000
Pensión	3	1.139.000	1.139.000
Riesgos Laborales	1	495.500	495.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.524.500	2.524.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830115005-2	ABACO JUEGOS PARQUES INFANTILES S A S	CALLE 18 SUR 29 D 12	3158552765	abacojuegosyparques@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	Y	30/05/2025	86961496	$2.524.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1001346023	MONTENEGRO RAMIREZ SEBASTIAN	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99,100		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1012450951	RIVERA MALDONADO RONALDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99,100		0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC	1052994316	CABALLERO MANJARREZ JESUS ALFREDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99,100		0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	4204668	MALDONADO LOMBANA OMAR ELIECER	59	0			N																	231301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC24	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99,100		0	0	0	0	0	0	0	0
5	CC	79572922	GONZALEZ MOLINA JOSE MANUEL	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	MIN002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99,100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

324

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

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 06:52:52 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 77349737

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

PAGADO 13/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE CARLOS ARDILA MUÑOZ		
Documento	NI79992215	**Dirección**	CL 24 #13 - 13
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3107370874
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	**Identificación**	CC 79992215
Total Afiliados	15	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000017583	IVAN DANILO UMBA CAMPOS	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 94,900	$ 15,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 94,900	$ 3,800	6,960	$ 94,900	$ 6,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29,500
CC 1000616041	MARIA ISABEL GIRALDO OSORIO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1,423,500	$ 57,000	0,522	$ 1,423,500	$ 7,500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 349,300
CC 1000619668	JHONATAN CAMILO HURTADO UMBA	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION	$ 94,900	$ 15,200	(EPS010) EPS SURA	$ 94,900	$ 3,800	6,960	$ 94,900	$ 6,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29,500
CC 1020848948	JHONNY STEPHANO CORDOVA HIGUERA	01	00	X	X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94,900	$ 15,200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 94,900	$ 3,800	6,960	$ 94,900	$ 6,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29,500
CC 1024460168	GERMAN YESID VILLAMIL MUÑOZ	01	00	X	X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94,900	$ 15,200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 94,900	$ 3,800	6,960	$ 94,900	$ 6,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29,500
CC 1024529102	DUBALIER ISAZA CUERVO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 1048223509	JEFFERSON MANUEL ARTEAGA SEHUANES	01	00	X	X															0	2	2	2	2	(230301) PORVENIR	$ 94,900	$ 15,200	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 94,900	$ 3,800	6,960	$ 94,900	$ 6,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 94,900	$ 3,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29,500
CC 1051589363	JOSE LUIS TORRES VILLAMIL	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 284,700	$ 45,600	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 284,700	$ 11,400	6,960	$ 284,700	$ 19,900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 284,700	$ 11,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88,300
CC 11522829	JUAN CARLOS CARNICA BAUTISTA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 12209758	WILSON ROJAS AUZAQUE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 5972793	JOSE MAURICIO VAQUIRO LEAL	01	00	X																0	6	6	6	6	(25-14) COLPENSIONES	$ 284,700	$ 45,600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 284,700	$ 11,400	6,960	$ 284,700	$ 19,900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 284,700	$ 11,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88,300
CC 79218353	JOSE MAURICIO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 80268734	JAIME MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 80438571	ALFONSO MUÑOZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900
CC 93421303	DALMIRO SERRATO AYA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1,423,500	$ 57,000	6,960	$ 1,423,500	$ 99,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,423,500	$ 57,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,900

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

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

EXPERTOS en PILA

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
$ 12.431.900	$ 12.431.900	$ 12.431.900	$ 12.431.900	$ 1.989.600	$ 497.800	$ 774.500	$ 497.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.921.700	$ 17.800	$ 3.937.500

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 79992215		ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 139 # 3c 40 sur int 1 torr 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	30749923	9484827206	I	2025/05/07	2025/05/22	BANCO DE OCCIDENTE	15	$438,700

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
1	CC 79992215	ARDILA JOSE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500		0	$0	$0	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$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 79992215		ARDILA MUÑOZ JOSE CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 139 # 3c 40 sur int 1 torr 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Perioco		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	30749923	9484827206	I	2025/05/07	2025/05/22	BANCO DE OCCIDENTE	15	$438,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,300	$0	$230,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,300	$0	$230,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$300	$0	$28,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$300	$0	$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,800	$0	$179,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,800	$0	$179,800
TOTAL				1	$434,300	$4,400	$0	$438,700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51923580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA PATRICIA SERRANO ESPINEL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 6B NO 70B58 APTO 201	TELEFONO:	9209032
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo por
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7961273123	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1353656064

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 614,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 614,400	$ 0	$ 614,400
SUBTOTALES:										$ 614,400	$ 0	$ 614,400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO ALTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 480,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480,000	$ 0	$ 0	$ 480,000
SUBTOTALES:													$ 480,000	$ 0	$ 0	$ 480,000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

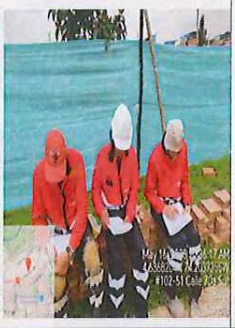
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23,100	$ 0	$ 23,100
SUBTOTALES:			$ 23,100	$ 0	$ 23,100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COP	COM	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DÍAS COT.	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																								
1	CC 51923580	SERRANO ESPINEL SONIA PATRICIA	INDEPEND		$ 3,840,000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 3,840,000	$ 614,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 614,400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 3,840,000	$ 480,000	$ 0	$ 480,000			$ 0		$ 0	30	$ 3,840,000	SCCF24-COMPENSAR	$ 23,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 1.117.500

Planilla Pagada

REGISTRO FOTOGRAFICO	ÁREA O COMPONENTE
IMPLEMENTACIÓN DEL KIT DE EMERGENCIAS  	SST
INSPECCIONDE HERRAMIENTAS   	SST
CHARLAS E INDUCCIONES    	SST
INSTALACION DE SEÑALIZACION EN OBRA    	







VERIFICACIÓN DE DOTACIÓN EN CAMPO







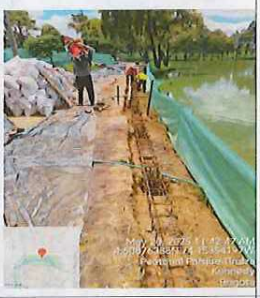


SST

ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES







ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES



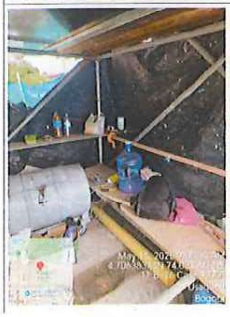






SST

PUNTOS DE HIDRATACIÓN









Belzcon
Construcción Propositiva

INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR

BZC-FR-SST- 16
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

RESPONSABLE DEL EQUIPO:	SHC
DIAS DE INSPECCION:	20-21-22-Mayo
FECHA DE INCIO:	20-05-23
FECHA DE FINALIZACIÓN:	24-05-25
EQUIPO:	minicargador
PLACA: SI APICA	5570
MODELO:	5570
UBICACIÓN:	Palacio de los Deportes



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO	✓	✓	✓				
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO	✓	✓	✓				
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO	✓	✓	✓				
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
LA CABINA ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
ESTADO DE LAS ALARMAS	✓	✓	✓				
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO	✓	✓	✓				
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES	✓	✓	✓				
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA	✓	✓	✓				
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA	✓	✓	✓				

CONVENCIONES:	MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA

Nota: Las imágenes son ilustrativas no representan la relaidad del equipo

OBSERVACIONES:	Firma Responsable Equipo	Firma Responsable SST
	Andres B	

Belzcon Construcción Propositiva	**INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR**	BZC-FR-SST- 16 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

RESPONSABLE DEL EQUIPO:	JMC
DIAS DE INSPECCION:	13-05-25-14-15
FECHA DE INCIO:	13-05-25
FECHA DE FINALIZACIÓN:	17-05-25
EQUIPO:	minicargador
PLACA: SI APICA	
MODELO:	55-70
UBICACIÓN:	Palacio de los Deportes



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LA BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
[illegible]OCINA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO		/	/	/	/		
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO		/	/	/	/		
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO		/	/	/	/		
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
[illegible]STEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
LA CABINA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
ESTADO DE LAS ALARMAS		/	/	/	/		
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/	/		
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO		/	/	/	/		
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES			/	/	/		
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		/	/	/	/		
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		/	/	/	/		

CONVENCIONES:	**MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA**

Nota: Las imagenes son ilustrativas no representan la relaidad del equipo

OBSERVACIONES:	**Firma Responsable Equipo**	**Firma Responsable SST**
	Andres B	

Belzcon
Construcción Propositiva

INSPECCION PREOPERACIONAL MINICARGADOR

BZC-FR-SST- 16
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

RESPONSABLE DEL EQUIPO:	JMC
DIAS DE INSPECCION:	5-6-7-8 Mayo
FECHA DE INCIO:	5-05-25
FECHA DE FINALIZACIÓN:	10-05-25
EQUIPO:	Minicargador
PLACA: SI APICA	
MODELO:	5570
UBICACIÓN:	Palacio de los Deportes



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO							
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO							
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO							
LA BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO							
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO							
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO							
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO							
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO							
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO							
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO							
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO							
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO							
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO							
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO							
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO							
LA CABINA ESTA EN BUEN ESTADO							
ESTADO DE LAS ALARMAS							
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO							
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO							
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES							
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA							
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA							

CONVENCIONES: MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA

Nota: Las imágenes son ilustrativas no representan la relaidad del equipo

OBSERVACIONES:

Firma Responsable Equipo

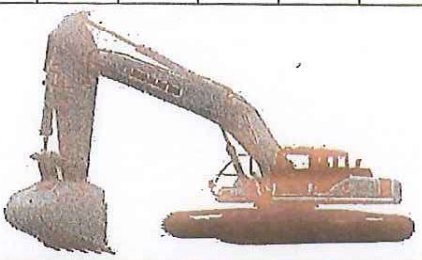
Andres B.

Firma Responsable SST

334

ZCON ión Propositiva	INSPECCION PREOPERACIONAL EXCAVADORA	BZC-FR-SST- 16 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

JNSABLE DEL EQUIPO:	JRC
AS DE INSPECCION:	20-21-22-miyo
FECHA DE INCIO:	20-05-25
FECHA DE FINALIZACIÓN:	24-05-25
EQUIPO:	Retro excavadora
PLACA: SI APICA	
MODELO:	Hidachi
UBICACIÓN:	palacio del deporte



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/			
A BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/				
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO		/	/	/			
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO		/	/	/			
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO		/	/	/			
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
L SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
A CABINA ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
ESTADO DE LAS ALARMAS		/	/	/			
EL CUCHARON ó VALDE ESTA EN BUEN ESTADO		/	/	/			
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO		/	/	/			
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES		/	/	/			
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		/	/	/			
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		/	/	/			

CONVENCIONES:	MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA

Nota: Las imágenes son ilustrativas no representan la realidad del equipo

OBSERVACIONES:	Firma Responsable Equipo	Firma Responsable SST

ZCON ción Propositiva	INSPECCION PREOPERACIONAL EXCAVADORA	BZC-FR-SST- 16 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

ONSABLE DEL EQUIPO:	JHC
AS DE INSPECCION:	13 - 14 - 15 Mayo
FECHA DE INCIO:	13-05-22
FECHA DE FINALIZACIÓN:	17-05-25
EQUIPO:	Hitachi - Retro excavadora
PLACA: SI APICA	
MODELO:	Hitachi
UBICACIÓN:	Palacio Deportivo



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
A BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO		✓	✓	✓			
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO		✓	✓	✓			
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO		✓	✓	✓			
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
L SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
A CABINA ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
ESTADO DE LAS ALARMAS		✓	✓	✓			
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO		✓	✓	✓			
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO		✓	✓	✓			
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES		✓	✓	✓			
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		✓	✓	✓			
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA		✓	✓	✓			

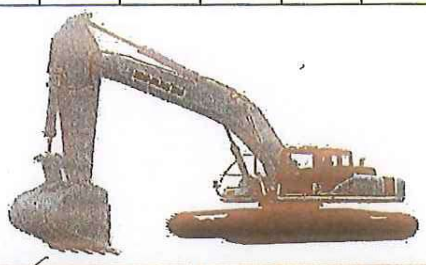
CONVENCIONES:	MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA

Nota: Las imagenes son ilustrativas no representan la relalidad del equipo

OBSERVACIONES:	Firma Responsable Equipo	Firma Responsable SST

ZCON ión Propositiva	INSPECCION PREOPERACIONAL EXCAVADORA	BZC-FR-SST- 16 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

ONSABLE DEL EQUIPO:	JHC
AS DE INSPECCION:	5-05-25 - 08-05-25
FECHA DE INCIO:	5-05-25
FECHA DE FINALIZACIÓN:	10-05-25
EQUIPO:	Excavadora
PLACA: SI APICA	
MODELO:	Hitachi
UBICACIÓN:	Palacio



CRITERIO DE INSPECCION	L	M	M	J	V	S	D
LAS LUCES DELANTERAS ESTAN EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LAS LUCES TRACERAS ESTAN EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LAS LUCES AUXILIARES ESTAN EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
A BALIZA ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LA ALARMA DE RETROCESO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LA BOCINA ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL SISTEMA ELECTRICO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL TABLERO DEL EQUIPO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LOS INDICADORES ESTAN FUNCIONANDO	OK	OK	OK	OK			
EL MOFLE ó SIST. ESCAPE ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL FRENO DE EMERGENCIA ESTA FUNCIONANDO	OK	OK	OK	OK			
EL FRENO ESTA FUNCIONANDO	OK	OK	OK	OK			
LOS CONTROLES DE MANDO ESTAN EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL EXTINTOR ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LA ESCALERA ó ESTRIBO DE ACCESO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LOS ESPEJOS RETROVISORES ESTAN EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL PANORAMICO DELANTERO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
LA SILLA DEL OPERADOR ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL SISTEMA LIMPIA VIDRIO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL CINTURON DE SEGURIDAD ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL AIRE ACONDICIONADO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL SISTEMA ORUGA ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
. SISTEMA HIDRAULICO ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
A CABINA ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
ESTADO DE LAS ALARMAS	OK	OK	OK	OK			
EL CUCHARON ò VALDE ESTA EN BUEN ESTADO	OK	OK	OK	OK			
EL SISTEMA DE BLOQUE DE MANDOS ESTA FUNCIONANDO	OK	OK	OK	OK			
EL SISTEMA DE ENCENDIDO ESTA EN BUENAS CONDICIONES	OK	OK	OK	OK			
EL NIVEL DE ACIETE MOTOR ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA	OK	OK	OK	OK			
EL NIVEL DE ACEITE HIDRAULICO ES EL ADECUADO PARA TRABAJAR LA MAQUINA	OK	OK	OK	OK			

CONVENCIONES:	MARQUE "OK" SI LA CONDICION ES CONFORME ò MARQUE UNA X SI LA CONDICIONES ES NO CONFORME, SI NO APLICA MARQUE NA

Nota: Las imágenes son ilustrativas no representan la realidad del equipo

OBSERVACIONES:	Firma Responsable Equipo	Firma Responsable SST

CONSORCIO	INSPECCION SEMANAL EQUIPOS	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION: 06-05-25

RESPONSABLE INSPECCION: Cristhian Naranjo

RESPONSABLE DEL EQUIPO: Calixto Angulo

EQUIPO: RANA

MARCA:

MODELO:



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO SISTEMA DE ENCENDIDO		/	/	/				
ESTADO TANQUE DE COMBUSTIBLE		/	/	/				
ESTADO LLAVE CIERRE PASO COMBUSTIBLE		/	/	/				
ESTADO PALANCA ACELERADOR		/	/	/				
ESTADO SILENCIADOR		/	/	/				
ESTADO FILTRO DE AIRE		/	/	/				
ESTADO NIVEL DE ACEITE		/	/	/				
ESTADO NIVEL DE COMBUSTIBLE		/	/	/				
ESTADO ESTRUCTURA SOPORTE RANA		/	/	/				
ESTADO GENERAL DEL MOTOR		/	/	/				
ESTADO ASEO DEL EQUIPO		/	/	/				

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:	
Cristhian Naranjo	

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	20-05-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Cristian Naranjo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Luis Rojas
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	Makita
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA		/	/	/	/			
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION		/	/	/	/			
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION		/	/	/	/			
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN		/	/	/	/			
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA		/	/	/	/			
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD		/	/	/	/			
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO		/	/	/	/			
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD		/	/	/	/			
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO		/	/	/	/			
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR		/	/	/	/			
ESTADO DEL CABEZAL		/	/	/	/			
ESTADO DE LA CARCAZA		/	/	/	/			
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE		/	/	/	/			
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)		/	/	/	/			
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)		/	/	/	/	/		
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO		/	/	/	/			

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristian Naranjo	

CONSORCIO	INSPECCION SEMANAL EQUIPOS	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION: 17-05-25

RESPONSABLE INSPECCION: Cristhian Naranjo

RESPONSABLE DEL EQUIPO: Carlos Ardila

EQUIPO: RANA

MARCA: Global Mac

MODELO: Machinery



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO SISTEMA DE ENCENDIDO					/	/		
ESTADO TANQUE DE COMBUSTIBLE					/	/		
ESTADO LLAVE CIERRE PASO COMBUSTIBLE					/	/		
ESTADO PALANCA ACELERADOR					/	/		
ESTADO SILENCIADOR					/	/		
ESTADO FILTRO DE AIRE					/	/		
ESTADO NIVEL DE ACEITE					/	/		
ESTADO NIVEL DE COMBUSTIBLE					/	/		
ESTADO ESTRUCTURA SOPORTE RANA					/	/		
ESTADO GENERAL DEL MOTOR					/	/		
ESTADO ASEO DEL EQUIPO					/	/		
					/	/		
					/	/		

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:	
Cristhian Naranjo	

340

CONSORCIO	**INSPECCION SEMANAL EQUIPOS**	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	13-05-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Cristhian Naranjo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	JHC
EQUIPO:	APISONADOR
MARCA:	--
MODELO:	WACKER



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO TANQUE DE COMBUSTIBLE		✓	✓	✓	✓			
ESTADO PALANCA DEL ACELERADOR		✓	✓	✓	✓			
ESTADO CHOQUE		✓	✓	✓	✓			
ESTADO MOTOR		✓	✓	✓	✓			
ESTADO ESTRUCTURA		✓	✓	✓	✓			
ESTADO FUELLE		✓	✓	✓	✓			
ESTADO PLANCHA DE COMPACTACION		✓	✓		✓			
ESTADO ARRANQUE			✓	✓	✓			
ESTADO SISTEMA DE VIBRACION		✓	✓	✓	✓			
ESTADO PATA VIBRATORIA		✓	✓	✓	✓			
ESTADO SISTEMA SILENCIADOR		✓	✓	✓	✓			
ESTADO MANGUERAS		✓	✓	✓	✓			
ESTADO SISTEMA DE ENCENDIDO		✓	✓	✓	✓			
ESTADO GENERAL DEL EQUIPO								

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR: Cristhian Naranjo	

CONSORCIO	INSPECCION SEMANAL EQUIPOS	CBLZC-FR-SST- 32 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 24/11/2024

FECHA DE LA INSPECCION:	12-05-25
RESPONSABLE INSPECCION:	Cristhian Naranjo
RESPONSABLE DEL EQUIPO:	Sebastian Gutierrez
EQUIPO:	PULIDORA MANUAL
MARCA:	Truper
MODELO:	



CONDICIONES A VERIFICAR	L	M	M	J	V	S	D	OBSERVACIONES
ESTADO DE LA EXTENSION ELECTRICA	/	/						
ESTADO TOMA CORRIENTE EXTENSION	/	/						
ESTADO ENCHUFE DE CONEXIÓN EXTENSION	/	/						
ESTADO DEL CABLE DE CONEXIÓN	/	/						
ESTADO DEL ENCHUFE DE EXT. ELECTRICA	/	/						
ESTADO DE LA GUARDA DE SEGURIDAD	/	/						
ESTADO ROSCA DE SOPORTE DISCO	/	/						
ESTADO DEL MANGO DE ESTABILIDAD	/	/						
ESTADO DEL SWICHT DE ENCENDIDO	/	/						
ESTADO CONTROL DE ACELERACION MOTOR	/	/						
ESTADO DEL CABEZAL	/	/						
ESTADO DE LA CARCAZA	/	/						
ESTADO DEL MANGO DE SOPORTE	/	/						
ESTADO DEL DISCO A UTILIZAR (SI APLICA)	/	/						
ESTADO DEL GRATA A UTILIZAR (SI APLICA)	/	/						
ESTADO LIMPIEZA DEL EQUIPO	/	/						

OBSERVACIONES

INSPECCION REALIZADA POR:	
Cristhian Naranjo	

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO:	Andres Chavarro	**PLACA:**	TRX 814
CENTRO DE TRABAJO			
CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO		**MES:**	Abril 28 - 30 Mayo 01-03
AÑO:	2025		

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X								
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			V			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

393

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Chaverra | **PLACA:** JRX 811 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Mayo 05 - 10 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CONSORCIO [illegible]

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Navarro | **PLACA:** TRX 814 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Mayo 12 - 17 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

345

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andris Chaverra | **PLACA:** JRX 814 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO

MES: Mayo 19 - 24 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

376

CONSORCIO	**INSPECCIÓN LOCATIVA OFICINAS Y ORDEN ASEO**	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

PROYECTO O LUGAR: Oficina Principal. IDPD 1060.

RESPONSABLE William Segura **FECHA:** 23 - Julio - 2025

ESTADO: B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ITEM	CRITERIO	ESTADO			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	¿Están los pasillos libres de cajas, canastas de basura, sillas y otros obstáculos que puedan impedir el desplazamiento?	✓			
2	¿Se mantienen los baños limpios, con los pisos secos?	✓			
3	¿Se está realizando la disposición de los residuos de acuerdo al código de colores establecido?	✓			
4	¿Todos los trabajadores conocen la ruta de evacuación establecida en las oficinas?	✓			
5	¿Están las instalaciones y cables eléctricos dispuestos adecuadamente, de manera que no obstruyan las áreas de circulación?	✓			
6	¿Están los sitios de los extintores de fuego, bien marcados de tal manera que sean visibles desde lejos?	✓			
7	¿Han sido inspeccionados últimamente los extintores de fuego?	✓			
8	Las instalaciones eléctricas están cubiertas y señalizadas	✓			
9	¿Hay extintores de fuego montados en sitios fácilmente accesibles?	✓			
10	¿Están marcadas todas las salidas para en caso de fuego?	✓			
11	¿La iluminación es adecuada?	✓			
12	¿Están todos los interruptores de electricidad marcados con su voltaje y propósito?		X		
13	Los empalmes y conexiones de las instalaciones eléctricas se encuentran en buen estado	✓			
14	Están limpias y ordenadas todas las áreas de trabajo	✓			
15	Existe en cartelera de manera visible un directorio de emergencia.	✓			
16	El puesto de trabajo tiene espacio suficiente para llevar a cabo las tareas o usar los equipos.	✓			
17	Se han dispuesto los residuos generados en la oficina los dias correspondientes a la recolección por parte de la entidad encargada.	✓			
18	¿Los estantes están libres de polvo, basura y material no usado?	✓			
19	¿La organización de estantes o gabinetes facilita la búsqueda de herramientas e implementos?	✓			
20	¿En el patio se encuentran todas las herramientas y equipos en orden, demarcadas y señalizadas?			X	
21	¿Los pisos son parejos, no resbalosos y libres de obstáculos?	✓			
22	Los escritorios se encuentran limpios y en perfecto orden	✓			
23	Las señalizaciones, avisos de seguridad y carteleras de información están en un lugar visibles (Ruta de evacuacion-Prohibido fumar y otras)	✓			
24	¿Hay canecas suficientes en cada área?	✓			
25	Se enuentran las escaleras de acceso libres de obstaculos y sin desgastes?	✓			
26	La cinta antideslizante de las escaleras esta en buen estado, sin desgaste.	✓			

	Responsable	Fecha	Seguimiento
	William Segura.	23/Jul/25	

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Vallos Alfum

FECHA: 22 - 05 - 25 REALIZADO POR: Cristhian Wuranp

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización Inicio de obra	B		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el Ingreso	B		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:	B		
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	B		
Señalizacion Ruta de Evacuación	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	B		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	B		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	B		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	B		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	B		
Puentes peatonales	NA		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B		
Zona de Primeros Auxilios	B		
Zona de comida	B		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	B		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	B		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	B		
Iluminacion	B		
Limpieza	B		
Orden	B		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NA		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NA		
Cartelera Informativa	NA		
	NA		
OTROS	NA		

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CDLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Coan hy

FECHA: 23-05-25 REALIZADO POR: Cristhian Naranjo

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización inicio de obra	B		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el Ingreso	B		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:	B		
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	B		
Señalizacion Ruta de Evacuación	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	B		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	B		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	B		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	B		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	B		
Puentes peatonales	NA		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B		
Zona de Primeros Auxilios	B		
Zona de comida	B		
Otros:	B		
BAÑOS			
Camino de Ingreso	B		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	B		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	B		
Iluminacion	B		
Limpieza	B		
Orden	B		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	N/A		
Plano de evacuación (Facil de entender)	N/A		
Cartelera Informativa	N/A		
	NA		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Doruvanir	
FECHA: 21-05-25	REALIZADO POR: Chistthien Naranjo

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización Inicio de obra	B		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el ingreso	B		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:	B		
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	B		
Señalizacion Ruta de Evacuación	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	B		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	B		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	B		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	B		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	B		
Puentes peatonales	N A		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B		
Zona de Primeros Auxilios	B		
Zona de comida	B		
Otros:	I		
BAÑOS			
Camino de Ingreso	B		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	B		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	B		
Iluminacion	B		
Limpieza	B		
Orden	B		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	NA		
Plano de evacuación (Facil de entender)	NA		
Cartelera Informativa	NA		
	NA		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CONDICIONES LOCATIVAS EN OBRA	CBLZC-FR-SST- 34 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

OBRA/CONTRATO: Palacio de los Deportes

FECHA: 20-05-25 REALIZADO POR: Cristian Naranjo

PARAMETRO A REVISAR	ESTADO	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
ACCESOS DE ENTRADA			
Señalización Inicio de obra	B		
Señalización de Uso de EPP requeridos para el ingreso	B		
Mapa Ruta de Evacuación y Riesgos en Obra	NA		
Sendero peatonal definidos	B		
Zona de transito vehicular claramente establecida	B		
Otros:			
VIAS INTERNAS DE DESPLAZAMIENTO			
Señalizacion de los Riesgos (Caidas objetos, excavaciones, piso resbaloso, etc)	B		
Señalizacion Ruta de Evacuación	B		
Sendero peatonal definidos	B		
Adecuacion de terreno de Senderos peatonales (p.e. estables, no resbalosos)	B		
Encerramiento y/o Aseguramieto de areas Riesgosas	B		
Espacio suficiente para el desplazamieno en caminos	B		
Ubicación adecuada de senderos peatonales	B		
Adecuación de cursos de agua escorrentias	B		
Puentes peatonales	B		
Otros:			
ZONA DE DESCANSO			
Carpas de proteccion	B		
Zonas de Hidratación	B		
Zona de Primeros Auxilios	B		
Zona de comida	B		
Otros:			
BAÑOS			
Camino de Ingreso	NA		
Tasa del baño	B		
Ubicación seleccionada	B		
Informacion de su utilización	B		
Terreno del baño	B		
Limpieza	B		
Basuras	B		
Presencia de Obstaculos	B		
ALMACENAMIENTO			
Terreno del almacen	NA		
Iluminacion	NA		
Limpieza	NA		
Orden	NA		
PUBLICACIONES			
Permiso y ATS O Plot Plan	B		
Plano de evacuación (Facil de entender)	B		
Cartelera Informativa	B		
OTROS			

Convenciones a utilizar (ESTADO): B: BIEN M: MAL R: REGULAR C: CORREGIDO N.A: NO APLICA

INSPECCIONADO POR: _____ REVISADO POR: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**INSPECCIÓN** **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Palacios de las Piedras FECHA: 17-05-25

RESPONSABLE Cristhian Naranjo FIRMA:

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	2	2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1	1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1	1	B	
ALCOHOL (FRASCO)	1	1	B	
ESPARADRAPO	3	3	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	2	2	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1	1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)	1	1	B	
GASA (POR UNIDADES)	5	5	B	
ALGODÓN (PAQUETE)	2	2	B	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	3	3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)	10	10	B	
TERMÓMETRO	1	1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)	20	20	B	
LINTERNA	1	1	B	
CAMILLA :	1	1	B	UBICACIÓN:
TOTAL DATOS	55	55		
TOTAL BUENOS	55	55		
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE	55	55		

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**INSPECCIÓN** **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Porcenir FECHA: 16-05-25

RESPONSABLE Cristhian Naranjo FIRMA:

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	2	2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1	1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1	1	B	
ALCOHOL (FRASCO)	1	1	B	
ESPARADRAPO	3	3	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	2	2	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1	1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)	1	1	B	
GASA (POR UNIDADES)	5	5	B	
ALGODÓN (PAQUETE)	2	2	B	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	3	3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)	10	10	B	
TERMÓMETRO	1	1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)	20	20	B	
LINTERNA	1	1	B	
CAMILLA :	1	1	B	UBICACIÓN:
TOTAL DATOS	55	55		
TOTAL BUENOS	55	55		
TOTAL REGULAR				
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE	55	55		

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

	INSPECCIÓN **DE BOTIQUINES**	CBLZC-FR-SST- 33 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2024/11/2024

PROYECTO: Country FECHA: 15-05-25

RESPONSABLE Cristhian Naranjo FIRMA:

B=BUENO, R=REGULAR, M=MALO, NA= NO APLICA

ELEMENTOS A INSPECCIONAR	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD ACTUAL	ESTADO	OBSERVACIONES
ESPARADRAPO MICROPORE	2	2	B	
ISODINE ESPUMA (FRASCO)	1	1	B	
ISODINE SOLUCIÓN (FRASCO)	1	1	B	
ALCOHOL (FRASCO)	1	1	B	
ESPARADRAPO	3	3	B	
BAJALENGUAS (PAQUETE X 20)	2	2	B	
APLICADORES DE ALGODÓN (BOLSA X 20)	1	1	B	
SUERO ORAL (SOBRES)	1	1	B	
GASA (POR UNIDADES)	5	5	B	
ALGODÓN (PAQUETE)	2	2	B	
VENDA ELÁSTICA 3" 5 YDS	3	3	B	
GUANTES DESECHABLES (PAR)	10	10	B	
TERMÓMETRO	1	1	B	
CURAS (CAJA X 100 u)	20	20	B	
LINTERNA	1	1	B	
CAMILLA :	1	1	B	UBICACIÓN:
TOTAL DATOS	55	55		
TOTAL BUENOS	55	55		
TOTAL REGULAR		5		
TOTAL MALO				
TOTAL NO APLICA				
PUNTAJE	55	55		

OBSERVACIONES GENERALES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PALOCOLO CPO 1	**FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES**	CBLZC-FR-SST- 28 Versión: 01 PAG. 1 de 1 24/11/2024

CENTRO DE TRABAJO U OBRA: Porvenir, Country, Palacio de Deportes, Oficina

CUDAD: Bogota **FECHA INSPECCIÓN:** 13-05-25

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Cristhian Naranjo

PARTES DEL EXTINTOR



1. BOQUILLA
2. MANGUERA
3. MANÓMETRO
4. MANIJA DE TRANSPORTE O PUA
5. ARO DE SEGURIDAD
6. MANIJA DE DISPARO o DE ACCIONAMIENTO

No.	UBICACIÓN	TIPO: PQS BC	PQS ABC	CO2	SOLKAFLAM 123	AGUA	OTROS	CAPACIDAD	ESTADO DE CARGA: CARGADO	ESTADO DE CARGA: DESCARGADO	REVISIÓN ESTADO GENERAL: CILINDRO PINTURA	CILINDRO GOLPES	CILINDRO AUTOADHESIVO FECHA/TIPO	1. BOQUILLA	2. MANGUERA	3. MANÓMETRO	4. MANIJA DE TRANSPORTE	5. ARO DE SEGURIDAD	6. MANIJA DE DISPARO	SEÑALIZACIÓN	SOPORTE COLGAR O RUEDAS		FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Campamento		B					20	B	NA	B	NT	B	B	NT	B	B	B	B	B	NA		02-26	
2	Campamento		B					20	B	NA	B	NT	B	B	NT	B	B	B	B	B	NA		02-26	
3	Campamento		B					20	B	NA	B	NT	B	B	NT	B	B	B	B	B	NA		02-26	
4	Oficina		B					20	B	NA	B	NT	B	B	NT	B	B	B	B	B	NA		02-26	
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

PQS	POLVO QUIMICO SECO

B	BUENO
R	REGULAR
M	MALO

NT	NO TIENE
NA	NO APLICA
NR	NO SE PUEDE REVISAR O NO VISIBLE

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andris Chaverra | **PLACA:** JRX 814 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Mayo 19 - 24 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			✓					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			✓					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			✓					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			✓					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

358

Powered by CamScanner

CONSORCIO	INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS	CBLZC-FR-SST-39 Versión: 01 PAG. 1 de 2 24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Antonio Navarro | **PLACA:** JRX 874 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Mayo 12 - 17 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ALARMA DE RETROCESO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

353

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Chaverra | **PLACA:** JRX 811 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Mayo 05 - 10 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Chavarro | **PLACA:** TRX 81C | **CENTRO DE TRABAJO**

MES: Abril 28 - 30 Mayo 01-03 | **AÑO:** 2025

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE

Powered by CamScanner

INSPECCION PREOPERACIONAL VEHICULOS

CBLZC-FR-SST-39
Versión: 01
PAG. 1 de 2
24/11/2024

CONDUCTOR DEL VEHICULO: Andres Chavarro | **PLACA:** JRX 814 | **CENTRO DE TRABAJO**

CONVENCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA: B=BUENO, R=REGULAR Y M=MALO | **MES:** Abril 21 - 27 | **AÑO:** 2025

CRITERIO DE INSPECCION PREOPERACIONAL Y ESTADO DE ENTREGA FINAL	LUINES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R	B	M	R
SEGURO OBLIGATORIO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
REVISION TECNICA DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
TARJETA DE POPIEDAD DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
EXTINTOR	X			X			X			X			X			X					
BOTIQUIN	X			X			X			X			X			X					
EQUIPO DE CARRETERA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL ALTA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES FRONTAL BAJA	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LUCES DE FRENO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS DELANTERAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LAS LLANTAS TRACERAS	X			X			X			X			X			X					
CAPACIDAD DE CARGA DE LOS NEUMATICOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS RINES (QUE TODOS TENGAS SUS TUERCAS)	X			X			X			X			X			X					
ALARMA DE RETROCESO	N/A			N/A			N/A			N/A			N/A			N/A					
ESTADO DE LAS PUERTAS Y SEGURO DE PUERTAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS ESPEJOS, RETROVISORES ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LOS FRENOS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA COJINERIA	X			X			X			X			X			X					
ORDEN Y ASEO DEL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE SUSPENSIÓN: AMORTIGUADORES, RESORTES, ROTULAS ETC.	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL LIMPIAPRABRISAS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL NIVEL DE ACEITE	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL SISTEMA DE ENFRIAMIENTO (REFRIGERANTE)	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD DELANTEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL CINTURON DE SEGURIDAD TRACEROS	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL FRENO DE MANO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LLANTA DE REPUESTO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DE LA PALANCA DEL FRENO, ACELERADOR Y CLOCHE	X			X			X			X			X			X					
EL MOTOR SE VE EN BUENAS CONDICIONES Y LIMPIO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO DEL AIRE ACONDICIONADO	X			X			X			X			X			X					
ESTADO FINAL EN QUE ENTREGA EL VEHICULO	X			X			X			X			X			X					

OBSERVACIONES:

Firma Conductor del Vehiculo	Nombre del Ingeniero Residente:	Nombre del Supervisor HSE
	Santana	

Powered by CamScanner

	ACTA DE REUNIÓN	BLZC-FR-SST- 36 Versión: 01 PAG. 1 de 1 2023/01/04

1. DATOS GENERALES: Acta No.: 3

Asunto: Reunión Copaast **Fecha:** 15 de mayo 2025

Ciudad: Bogotá **Hora Inicio:** 9:00 **Hora Fin:** 10:00

2. REVISAR COMPROMISOS ANTERIORES E INCLUSIÓN DE NUEVOS TEMAS

Pendientes:

1. Se explicara a la vigia lo formatos de inspección implementados en obra, para que se haga el respectivo seguimiento.
2. Se realiza la explicación y la diferenciación de Accidente e insidente de trabajo.
3. No se reportan accidentes de trabajo en el ultimo mes.

Nuevos:

1. Se analiza la cantidad de personal y de contratistas que hay en el proyecto y sus diferentes falencias en el área SST,
2. No se reportan accidentes en el ultimo mes.

3. COMPROMISOS

	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	
				Pend	Cerr
1	Se programa recorrido con la vigia en obra	RESIDENTE SST/ VIGIA	30/06/2025	X	
2	Realizar seguimiento a la realizacion del curso de 50 horas	RESIDENTE SST/ VIGIA	15/6/2025	X	
3	Programar la proxima reunion	RESIDENTE SST	15/5/2025	X	

4. PARTICIPANTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ROSSY CATALINA RUBIO LÓPEZ	AUX DE INGENIERIA	
ANGELICA MARIA CUERVO GIL	COORDINADORA SST	

CONSORCIO BELZCON I1	**PAZ Y SALVO**	**CBZC-FR-SST-43** **Versión: 01** **PAG. 1 de 2** **30/06/24**

OBRA: Contrato IDRD 4060 2024

PARA:

ASUNTO: PAZ Y SALVO

FECHA: **19-mayo - 2025**

Por medio de la presente yo ERVIN ARTURO RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía número 79.878.077 de Bogota, en representación de RM INGENIERIA SAS , identificada con NIT. 901.100.379-3 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en el cargo de _CADENERO I_ y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.
El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los diecinueve días 19 del mes Mayo del año 2025.

TRABAJADOR

CONSORCIO Belzcon	**PAZ Y SALVO**	**CBZC-FR-SST-43** **Versión: 01** **PAG. 1 de 2** **30/06/23**

OBRA: CONSORCIO BELZCON I1 4060

PARA: N.A

ASUNTO: PAZ Y SALVO

FECHA:

OBSERVACIONES:Por medio de la presente yo JOSE YESID PEREZ MARTINEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1032383946 de BOGOTA, en representación de Belzcon sas , identificada con NIT. 901.252,860 certifico a la empresa que represento que estuve vinculado al Contrato de la referencia, en calidad de TECNICO ELECTRICISTA y me permito certificar que el CONSORCIO BELZCON I1, está a PAZ Y SALVO por todo concepto de los trabajos prestados, insumos y suministros, pagos de seguridad socila, liquidaciones y demas.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 25 **días del mes** Abril **del año 2025.**

1032383946.

TRABAJADOR

Residente SST

Ingeniero Residente

Direccion de obra

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo.

Dada en Bogotá D.C., a los veintiséis (26) días del mes de abril de 2025

JUAN MAURICIO GOMEZ PEDROZA
Cargo: Ayudante
C. C, # 2.968.575

OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

esteven adolfo Hurtado
ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.030.678.784

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

Kevin Acosta Borja
KEVIN RAFAEL ACOSTA BORJA
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.079.932.748

Scanned with CamScanner

366

OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

esteven adolfo Hurtado
ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.030.678.784

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

Kevin Acosta Borja
KEVIN RAFAEL ACOSTA BORJA
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.079.932.748

Scanned with CamScanner

368

OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

esteven adolfo Hurtado
ESTIVEN ADIOLFO HURTADO BELTRAN
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.030.678.784

Scanned with CamScanner

PAZ Y SALVO
OMR SAS
NIT: 901.230.950-7

Me permito certificar que por parte de la Compañía **OMR SAS** se ha dado cumplimiento integral y oportuno a las obligaciones relacionadas tales como: Sistema de Seguridad social, EPS (Entidad Promotora de Salud), ARL (Administradora de Riesgos Laborales), AFP (Administradora de Fondo de Pensiones), y aportes a parafiscales. Encontrándose a paz y salvo por todo concepto para conmigo. Se realiza el cierre del contrato y se certifica el saldo final del mismo.

Dada en Bogotá D.C., a los dos (02) días del mes de mayo de 2025

Kevin Acosta Borja
KEVIN RAFAEL ACOSTA BORJA
Cargo: Ayudante
C. C, # 1.079.932.748

Scanned with CamScanner

Bogotá 11 de Marzo del 2025

Señor
MERCADO RUA LUIS
CC. 15903052
AYUDANTE DE OBRA

Por medio de la presente le informamos que hemos decidido prescindir del contrato de obra o labor entre usted y la empresa a partir del día 11 de Marzo de 2025 al terminar su jornada laboral.

Agradezco de su colaboración.

NINI JOHANA RAMOS
C.C. 35.198.755 DE CHIA
Representante Legal
CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.

Recibí: LUIS MERCADO

Powered by CamScanner

Bogotá 11 de marzo del 2025

Sr. (a):
MERCADO RUA LUIS
CC. 15903052
AYUDANTE DE OBRA
E.S.M

Apreciado trabajador reciba usted un cordial saludo.

La presente tiene como propósito notificarle que debe realizarse el examen médico ocupacional de egreso en un término no mayor a 5 días, en cumplimiento a lo estipulado en la **Resolución 2346 de 2007**, el cual debe realizarse en las instalaciones de **PROTEGER IPS SAS,** ubicada en la dirección **Carrera 60 No. 17 - 25 Barrio Zona Industrial** y presentar su resultado nuevamente en la empresa en los 5 (cinco) días siguientes a la fecha de recibo de la presente notificación.

"El incumplimiento a la realización del examen de egreso dentro del tiempo estipulado se tomará por realizado; eximiendo a la empresa de toda responsabilidad frente a su condición de salud".

RECIBÍ: 15903052
LUIS MERCADO

ENTREGA:

NINI JOHANA RAMOS
Encargado SST CONSTRUCCIONES DFL S.A.S.

Powered by CamScanner

PAZ Y SALVO

En la Ciudad de Bogotá a los 11 días del mes de Marzo del año 2025, el contrato laboral celebrado entre el Empleador CONSTRUCCIONES DFL S.A.S con NIT 900814668 8 Domicilio en la Ciudad de Bogotá, y el Trabajador, MERCADO **RUA LUIS** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No 15903052 se da por terminado, razón por la cual se procede a la liquidación de las prestaciones y conceptos monetarios derivados de la relación laboral.

Por medio del presente documento se deja constancia de la liquidación del contrato laboral y el Trabajador suscribe el presente documento, y sostiene que ha recibido a satisfacción cada una de las sumas contenidas en el mismo por lo cual la empresa queda a paz y salvo con el empleado.

TRABAJADOR

Luis Mercado
(Firma)

15903052
(Nombre)
Luis Mercado

(Cédula)

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, 02 de mayo de 2025

Señores
CONSORCIO BELZCON
Ciudad

Por medio del presente certificamos que, a la fecha, la empresa **ABACO JUEGOS Y PARQUES SAS**, se encuentra a paz y salvo conmigo por todo concepto en cuanto a sueldos, prestaciones y seguridad social.

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (2) días del mes de may0 de 2025.

Cordialmente,

ALEXANDER DAZA
C.C. 1.070.324.519 de El Colegio

0.

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS		CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025
CENRO DE TRABAJO / PROYECTO	Parque santa clara	VALIDO DESDE DD MM AA: 08 05 25	VALIDO HASTA DD MM AA: 08 05 25
LUGAR EXACTO DONDE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	cancha sintetica (cerramiento)	HORA DE INICIO: 08:00 am	HORA DE FINALIZACION: 06:00 Pm
ALTURA A LA QUE SE VA HA REALIZAR LA ACTIVIDAD	12 mts.		
TIPO DE TRABAJO A REALIZAR	Mantenimiento.		

DESCRIPCIÓN Y PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

instalacion de 9 Mastiles de 12mt de altua Para Iluminacion de cerramiento en cancha sintetica.

LA LABOR A EJECUTAR INCLUYE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A PARTE DE TRABAJO EN ALTURAS TALES COMO:
___TRABAJO EN CALIENTE ___ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS ___ TRABAJO CON ENERGÍAS PELIGROSAS
OTRO: _____

LA ACTIVIDAD A EJECUTAR SE CLASIFICA COMO: X RUTINARIA ___ NO RUTINARIA

HERRAMIENTAS REQUERIDAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Herramienta menor demand.

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

C	NC	NA	ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL
X			CASCO TIPO ___CLASE X CON X SIN __ BARBUQUEJO
X			PROTECCIÓN FACIAL Y OCULAR GAFAS DE SEGURIDAD X CARETA PROTECCION FACIAL ___ CARETA DE SOLDADOR ___
X			PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO INSERCIÓN X TIPO COPA ___
X			PROTECCIÓN CUERPO OVEROL (PANTALON- CAMISA) JEAN X DRILL ___ IMPERMEABLE ___ CHAQUETA O PETO DE VAQUETA PARA SOLDAR ___
X			PROTECCIÓN MANOS GUANTES DE PROTECCION ANTICORTE: VAQUETA __ POLIURETANO X CARNAZA __ GUANTES DE PROTECCION TERMICO: PARA SOLDAR ___ GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA: CAUCHO INDUSTRIAL __ TIPO MOSQUETERO __
X			PROTECCIÓN PIES BOTAS DIELECTRICAS X BOTAS DE CAUCHO CAÑA ALTA __ BOTAS TIPO SOLDADOR __

C	NC	NA	REQUISITOS TRABAJADOR(RES)
X			EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL APROBADO PARA TRABAJO EN ALTURAS.
X			CERTIFICADO CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
X			SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE

C	NC	NA	PUNTOS DE ANCLAJE
		X	¿SI SE VA A TRABAJAR A SUSPENSIÓN LOS PUNTOS DE ANCLAJE CUMPLEN CON LA RESISTENCIA DE 5000 LB POR PERSONA?
		X	¿LOS PUNTOS DE ANCLAJE MÓVILES ESTÁN INSTALADOS DENTRO DE UNA ESTRUCTURA FIRME Y SÓLIDA?
		X	¿SE MANTIENE LÍNEA DE VIDA INSTALADA EN EL LUGAR?

C	NC	NA	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD
X			REALIZAR CHARLA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
X			EVALUAR NECESIDADES DE UN OBSERVADOR / VIGIA.
		X	MANTENER EXTINTOR MULTIPROPOSITO EN LAS PROXIMIDADES DEL LUGAR.
		X	MANTENER CAMILLA Y BOTIQUIN PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS U OCURRENCIA DE ACCIDENTES
		X	EQUIP. DE MOVIMIENTO DE CARGA BLOQUEADOS, SEÑALIZADOS Y DEMARCADOS (QUE ACTÚAN EN LAS PROXIMIDADES)
X			MANTENER SEÑALIZADA EL ÁREA DEBAJO DEL LUGAR DE TRABAJO.
		X	INSTALAR ILUMINACIÓN COMPLEMENTARIA
X			DEFINIR ACONDICIONAMIENTO Y DESTINO ADECUADO DE RCD GENERADOS EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.
X			EVALUAR INTERFERENCIA / LUGAR ENERGIZADO O CON TRANSITO DE PERSONAS.

C	NC	NA	SISTEMAS PREVENCION Y PROTECCION CONTRA CAIDAS
X			USAR ARNÉS DE SEGURIDAD CON ESLINGA: _____
X			VERIFICAR INSPECCIÓN PRÉ-USO DE EPCC (ARNES Y ESLINGA)
		X	USAR MALLA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA DE PERSONAS Y/O MATERIALES
X			INSTALAR ACCESO ADECUADO Y SEGURO.
		X	UTILIZAR ANDAMIO ADECUADO Y APROBADO BAJO INSPECCIÓN PRE-USO
X			LAS ESCALERAS A UTILIZAR ESTAN DE ACUERDO AL TIPO, LONGITUD, MATERIAL, DISTANCIA DE SEGURIDAD Y RESISTENCIA QUE SE NECESITA, ADECUADAS Y APROBADAS BAJO INSPECCION PRE-USO

DOCUMENTOS ANEXOS AL PERMISO:
REGISTRO DE CHARLA DE SEGURIDAD X
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) X
PROCEDIMIENTO PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD X
OTRO ¿CUÁL?: _____

OBSERVACIONES: _____

TÉRMINO DE RESPONSABILIDADES Y AUTORIZACION PARA EJECUCION DE LOS TRABAJOS: Declaro que soy consciente de mi responsabilidad y despues de tener evaluados los peligros inherentes al trabajo a ser realizado, autorizo su ejecución siempre seguido de las precauciones y definiciones acordadas en conjunto con el emisor y el ejecutante

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
AUTORIZÓ LA ACTIVIDAD (Residente ó Encargado)	Andres felipe jimenez V.	1014239649	
AVALÓ (Inspector SST ó Coordinador de trabajo seguro en Alturas)	Andres felipe jimenez V.	1014239649.	

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

LISTA DE CHEQUEO TRABAJO EN ALTURAS

DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE" , NA "NO APLICA" SEGÚN CORRESPONDA

REQUISITOS GENERALES ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados, etc.)?										X												
Se han revisado las condiciones de andamios multidireccional, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordes de losa y excavación profunda mayor a 2 mt según sea la actividad.?										X												
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación?										X												

ÁREA DE TRABAJO ASPECTOS A VERIFICAR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?										X												
Se encuentra el area de trabajo en orden y aseo?										X												
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo?										X												

EPCC - SISTEMAS DE ACCESO Aspectos a Verificar	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
Los equipos de protección personal requeridos son certificados y se encuentran en buen estado?										X												
Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?										X												
El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas, argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?. Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin dobladimientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalia que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados (etiquetados legibles)										X												
La linea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?										X												
La linea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?										X												
El sistema de prevención de caidas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?										X												
Los sistemas de acceso son suficientes y se encuentran en buen estado?										X												
El sistema de acceso a utilizar esta de acuerdo al tipo, longitud, material, distancia de seguridad y resistencia que se necesita?										X												

ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿Se encuentra el trabajador en condiciones optimas de salud para realizar el trabajo?	X		X																					
¿Se encuentra libre de los efectos de medicamentos que causen sueño, por ejemplo antigripales?	X		X																					

ENTRENAMIENTO-APTITUD-CONOCIMIENTOS DEL TRABAJADOR

Aspectos a Verificar DILIGENCIE CON C "SI CUMPLE" , NC "NO CUMPLE"	T1		T2		T3		T4		T5		T6		T7		T8		T9		T10		T11		T12	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
¿La(s) persona(s) que va(n) a realizar la tarea cuenta con el certificado de capacitacion TSA y examen M.O que avale que puede realizar actividades en alturas?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad especificas para la labor a realizar?	X		X																					
¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea conoce el equipo de trabajo?	X		X																					

Scanned with CamScanner

	CONSORCIO BELZCON PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	CODIGO:SST-021 VERSIÓN: 00 FECHA: ENERO 2025

TRABAJADORES AUTORIZADOS

En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuento en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

No	NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO Y NUMERO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	fernando lozano	8047308 4				Luis Colmo			
2	wilmer Batista	800 27455							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Vto/ Bno Inspector SST ó Coordinador de trabajo en alturas									
Vto/ Bno Residente ò Encargado									

Inspección final / Suspención del permiso / Cierre del permiso

¿SE CONCLUYO LA ACTIVIDAD?	¿SE REALIZO ORDEN Y ASEO A LAS AREAS INTERVENIDAS?
SI [X] NO [ ]	SI [X] NO [ ]

SUSPENSIÓN DEL PERMISO

CAUSA DE LA SUSPENSIÒN: _____

FECHA DE LA SUSPENSIÒN			HORA DE LA SUSPENSIÒN
DD	MM	AA	___:___

RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÒN	
NOMBRE Y APELLIDO	
CEDULA	
FIRMA	

CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres felipe Jimenez
CEDULA	1047356499
FIRMA	

FECHA CIERRE			HORA CIERRE
DD	MM	AA	
08	05	25	06:00 pm.

EN CASO SE EMERGENCIA U OCURRENCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN E EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO	Paula Andrea Romero
CEDULA	1070785662
CELULAR	3017270785

AYUDANTE DE SEGURIDAD

NOMBREY APELLIDO	Paula Andrea Romero V.
CEDULA	1070 785 662
FIRMA	

Scanned with CamScanner