porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HUBERTO ENRIQUE COTES SIMERMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.573.922**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colmena Seguros

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	GUERRERO CASTILLO MIGUEL ANGEL
IDENTIFICACIÓN:	CC 1087198909
INICIO VIGENCIA:	22/11/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	OFICIAL DE OBRA
SALARIO:	2.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC /NIT:	NI 901953312
CONTRATO:	1205211
SEDE:	CIUDAD BOLÍVAR
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA CUIDAD BOLIVAR
INICIO VIGENCIA:	16/09/2025
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 21 dias del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 21/11/2025 15:54:45. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT. 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ANGEL GUERRERO CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.087.198.909**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	GUERRERO CASTILLO MIGUEL ANGEL
IDENTIFICACIÓN:	CC 1087198909
INICIO VIGENCIA:	22/11/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	OFICIAL DE OBRA
SALARIO:	2.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC /NIT:	NI 901953312
CONTRATO:	1205211
SEDE:	CIUDAD BOLÍVAR
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA CUIDAD BOLIVAR
INICIO VIGENCIA:	16/09/2025
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 21/11/2025 15:54:45. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A. VIGILADO

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	SALCEDO RAMIREZ SANDRA MILENA
IDENTIFICACIÓN:	CC 53006368
INICIO VIGENCIA:	26/11/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO:	1.423.500
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC /NIT:	NI 901953312
CONTRATO:	1205211
SEDE:	CIUDAD BOLÍVAR
CENTRO DE TRABAJO:	OBRA CUIDAD BOLIVAR
INICIO VIGENCIA:	16/09/2025
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 25 días del mes de noviembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 25/11/2025 15:03:07. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

compensar | salud eps

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

25 NOV 2025

25 /11 / 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

SALCEDO	RAMIREZ	SANDRA	MILENA
CC	53.006.368		
COLOMBIANA	BOGOTA	CUNDINAMARCA	22/01/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

PORVENIR	1.423.500	COLMENA	
3112652714	sandramilenasalcedoramirez75@gmail.com	CL 46 BIS No. 12A 16 Este Sur	
Bogota D,C.	San Cristobal Sur	Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación de su beneficiario y de los afiliados adicionales

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Aportante			
52. Tipo de documento de identificación	NIT	53. Número de identificación	CONSORCIO VB ADECUACIONES 901.953.312-0
54. Dirección	CL 105A 14 92 OF 615		
55. Correo electrónico	administracion@vanegasingenieros.com	56. Teléfono	321 3757097
57. Departamento	Cundinamarca	58. Municipio	Bogota D. C.

VI. REPORTE DE NOVEDADES

59. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un acuerdo. Código
- [ ] 7. Activación de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de cotizantes o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar

- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o cambio de las condiciones para cotizar nuevamente
- [ ] 11. Inscripción EPS cabeza de grupo
- [ ] 12. Inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desinscripción de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 14. Movilidad — [x] a. Régimen Contributivo — [ ] b. Régimen Subsidiado

- [ ] 15. Traslado — [ ] a. Mismo Régimen — [ ] b. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del retiro de cotizantes al sistema
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

60. Tipo de documento de identificación		61. Número de identificación		62. Sexo (Código)	Femenino	Masculino	63. Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)		
64. Fecha de expedición (Día / Mes / Año)				65. País de residencia					
66. Fecha de inicio de novedad (Día / Mes / Año)	25/11/2025	67. Código de novedad		68. Tipo de cotizante (Activos / Pensión / Independientes)					

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de independencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [x] 71. Declaración de existencia de vínculos de matrimonio o unión familiar que implican la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [x] 72. Declaración de la no existencia del cotizante, cónyuge de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de los historias clínicas del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 74. Acuerdo para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o de reporte de novedades a la Base de datos de afiliados reportada a las entidades públicas que por ley así lo requieran la soliciten

- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [x] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y de tarifas en Contribución Solidaria según la ubicación del Sector urbano

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ascenso o descenso de cabeza de familia dentro o fuera de la grupo familiar con el fin de pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Sandra Balcazar	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad que aplique o afiliado adicional	81. Servidor público, funcionario de la afiliación efectiva, función final o de oficio

X. ANEXOS

- [x] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: 0 2
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial con declaro la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Dirección Territorial Nacional de Salud mediante el # y fecha del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acta administrativa o documento de las actividades concedidas en la que conste la calidad de beneficiario y la orden de afiliación de oficio

Total Anexos:

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la entidad territorial

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

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Cargo que desempeña	

96. Fecha de radicado (Día / Mes / Año) | 97. Hora de radicado (Día / Mes / Año)

25 NOV 2025

(ILEGIBLE)

Visitador Supersalud

Vigilado Supersalud

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA SALCEDO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.006.368**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CER_AFI_20250000336398

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

Certifica a: Quien pueda interesar

Cristian David Martínez Duran identificado con CC. 1015452938 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	DEMOLICIONES H&D SAS	**Tipo y Numero de Documento**	Nit - 901296539

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	19/11/2025	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5431101

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de noviembre del 2025.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18112025N1015452938A391092.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

compensar | salud eps

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

KATERINE URREGO

805

No. de Radicación: | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 20/11/2025 | Sello asesor

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliante	3. Régimen	4. Condición solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código de registro por la EPS
A. Afiliación ☐	A. Individual ☐	A. Contributivo ☒	SI ☐	A. Cotizante ☒	4. Dependiente ☒	1-Dependiente
B. Reporte de Novedades ☒	• Cabeza de Familia ☒	B. Subsidiado ☐	NO ☒	B. Cónyuge o Compañero ☐	5. Independiente ☐	
	• Beneficiario o afiliado adicional ☐			C. Beneficiario ☐	6. Pensionado ☐	
	B. Colectivo ☐			D. Afiliado adicional ☐		
	C. Administrativo ☐					
	D. Por ajuste ☐					

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

8. Apellidos y nombres					
	MARTINEZ	DURAN	CRISTIAN	DAVID	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1015452938	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual? Masculino	24/03/1995

14. Nacionalidad	15. Lugar de nacimiento			
	País	Departamento	Municipio	
COLOMBIANA	COLOMBIA	BOGOTA D.C.-11	BOGOTA D.C.-11001	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
6 - Ninguno		Si ☐ No ☒	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si ☐ No ☒	Nivel: Grupo:	Ninguna	Positiva Compañía de Seguros S.A

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Porvenir S.A.	1.423.500		Calle 147f #149 52

6888372	3222062988	cmartinezduran70@gmail.com	BOGOTA D.C.-11
BOGOTA D.C.-11001	Suba	Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☒	

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

27. Apellidos y nombres			

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

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

	35. Apellidos y nombres			
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			cmartinezduran70@gmail.com
02			
03			
04			
05			

Y503

FOR-EFW-VA-0002

	11. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS a registrar por la EPS
1	SUBA RED NORTE	
01		
02		
03		
04		
05		

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

51. Nombre o Razón social: DEMOLICIONES H&D SAS			
52. Tipo de documento de identificación: NIT	53. Número del documento de identificación: 901296539	56. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS: Mypime Ley 590 de 2000, Dec. 525 de 2009	
58. Dirección: CL 62 F BIS SUR 76 C 20			3125895780
3125895780	demoliciones.hyd@gmail.com	BOGOTA D.C.-11	BOGOTA

Seleccione AQUI su novedad

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación: F ○ M ◉ T ○ NB ○ Otro ○ Cual? Masculino
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior: RECAUDO SGP CAPITAL SALUD		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 20/11/2025	67. Motivo de traslado: Cod.	68. Tipo de Compensación Familiar o Aportes de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CORRESPONSIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ CUBILLOS (20 nov., 2025 20:53:29 EST)	DEMOLICIONES H&D SAS (19 nov., 2025 20:04:38 EST)
80. El cotizante: cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, independiente o de oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos:

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio		Código del departamento	93. Nombre de la Institución: DEMOLICIONES H&D SAS

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

94. Apellidos y nombres		
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validez (Día - Mes - Año)	

OBSERVACIONES

Ninguna

1015452938

En caso de que el traslado sea aprobado, el mes de aporte correspondiente será el mes de noviembre.

KATERINE URREGO

KATERINE URREGO (20 nov., 2025 07:38:32 EST)

805

Folio asignado

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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

V1R2

FOR-EPS014-0032

457

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

compensar | salud eps

Para leer la carta de deberes y derechos de click aquí

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☒	☐

SI: ☒ Correo electrónico: cmartinezduran70@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: [signature]

No. Identificación: 1015452938

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☒ NO ☐

Firma del afiliado: [signature]

No. Identificación: 1015452938

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

V002

FOR-EPSVTA-0002

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN DAVID MARTINEZ DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.452.938**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 18 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el dia 18/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1015452938
Nombres y Apellidos	CRISTIAN DAVID MARTINEZ DURAN
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901296539
Razón Social Empleador	DEMOLICIONES HYD SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	19/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	18/11/2025
Cargo	ayudante
Horas Labor Mes	240
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

ICJ6PCKuS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

CER_AFI_202500039258

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

Certifica a: Quien pueda interesar

Yeirlenson Renteria Rivas identificado con CC. 1077424242 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	DEMOLICIONES H&D SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901206539

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	19/11/2025	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5431101

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de noviembre del 2025.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18112025N1077424242A391063.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

RETINTERIA | RIVAS | YEIRLENSON

1.077.424.242

COLOMBIA | COLOMBIA | QUIBDO | CHOCO | 12 12 2002

PROTECCION | $1.423.500 | POSITIVA

BOGOTA | 3219076562 | yeirlsorrentes@gmail.com | BOGOTA

BOGOTA | SANTAFE | RESTREPO

DEMOLICIONES H&D SAS | 901.396.539-6

CL 62 F 9IS SUR 76 C 20 | 3125695780 | demoliciones.hyd@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA

12 12 2002 | 20 11 25

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps

Autorización de mensajes de texto.

Yo, Jolerson Rentería Rivas identificado(a) con C.C. X
número 1077242422 de Granada manifiesto que:

1. ¿Previo al diligenciamiento de la presente se allegó por la EPS la hoja entregada de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI (X) No ( )
2. ¿Previo al diligenciamiento de la presente se allegó por la EPS la hoja entrega de la carta de desempeño donde se pueda de manera clara su puesto en el ranking?	SI (X) No ( )
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI (X) No ( )
4. ¿Leyó el cuerpo de esta de la carta de desempeño de la EPS?	SI (X) No ( )
5. ¿Le fue aclarada cada sobre el contenido de la información, fue atendido adecuadamente por la EPS?	SI (X) No ( )

Autorizo expresamente a NUEVA EPS para que envíe información al teléfono celular No. y/o correo electrónico:

SI ( ) No ( )
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en forma electrónica. SI ( ) No ( )
Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en nuestra página web www.nuevaeps.com.co/ en la sección Afiliados.
Estimado afiliado para ser elegible en el plan de [illegible]

Declaración para constancia de conveniencia: Declaro que conozco el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ de(l) año _____

Cordialmente,

Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID 1077242422
Fecha de Solicitud: 19/11/2025
Dirección: CARRERA 20 18 50
Tel: 3219076562 Municipio: BOGOTA
Departamento: BOGOTA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autorizo a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Huella

Al diligenciar declaro que he explorado de todas las autorizaciones y políticas relacionadas con la salud y en especial aquellas relacionadas con NUEVA EPS S.A. en especial las políticas para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales relacionados con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien esta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, enlazarse o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

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

* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los reglamenten, adiciones o complementen. Yo [illegible] autorizo expresamente a la(s) base de datos personales de NUEVA EPS S.A., a fin de que los siguientes mecanismos que proporcione a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Regímen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Regímen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7050
Oficinas de atención al usuario de NUEVA EPS S.A.
Consultorios: (601) 619 3000
Dirección Administrativa: Carrera 69A No. 98A – 06 Piso 2

Si (yo) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos diligenciados, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información encaminada para los fines relacionados con la administración y prestación de los servicios de salud de Plan Obligatorio de Salud de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. Habeas Data, pueden suponer incluso implicar la transferencia, transmisión y/o recolección de los datos y/o ser realizada a través de la(s) fuente(s) autorizada(s) por [illegible] de información a de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio de la carta afiliado en los Derechos y Condiciones de cada uno de sus productos y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO ESTA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE NEGOCIO CONJUNTOS	NÚMERO PLANILLA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $	APORTE VOLUNTARIO $	APORTE VOLUNTARIO $
				NO	NO

Tipo de Vinculación	Dirigente	Secretario	Vendedor	Profesional	Obrero	Posición Ocupacional	Patron/Empleador	Contratista	Trabajador de la Cuenta
	Peluquero	Médico clínico o cirujano (salud humana)	Técnico Profesional	Floricultor	Otro Cargo	Vigilia Contratista		Fin Contrato	
	Ebanista Pulidor	Médico vet. (salud animal)	Tecnólogo	Revisor	Aprendiz				

Afirmo bajo juramento que la información aquí consignada es veraz y corresponde a la verdad, autorizo a NUEVA EPS S.A. para verificar la información aquí consignada.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES CONSTANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT / CC / TI / CE / PA / CD | Identificación del Tercero que realiza el Aporte

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RENTERIA RIVAS YEIRLENSON** identificado(a) con **CC** número **1.077.424.242** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de agosto de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de noviembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 396 00 80 -
Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/

Powered by CamScanner

Bogotá DC. 18 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 18/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1077424242
Nombres y Apellidos	YEIRLENSON RENTERIA RIVAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901296539
Razón Social Empleador	DEMOLICIONES HYD SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	18/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	18/11/2025
Cargo	ayudante
Horas Labor Mes	240
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

nHX0J1WvAS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

461

ANEXO 2.5A2 CONTROL INGRESOS Y RETIROS TRABAJADORES CONTRATISTAS

	FORMATO	Código: VB-FT-SG-020
	CONTROL DE INGRESOS Y PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL	Fecha: 03/06/2020
		Versión: Original

CONTRATO No. / NOMBRE DEL PROYECTO	CONTRATO 4188-2020 - PONGASE - CONTRATAR A PERSONAS NATURALES Y EMPRESAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA OPERACIÓN DE DISTRIBUCIONES, TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN FINAL DE ENCOMIENDAS Y PAQUETES DEL MERCADO DE ALIMENTACIÓN - IN ATENDIMENTO AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO PROGRAMA DE TRABALHO EXTERNO NO ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO DE REGIME FECHADO DE BOGOTÁ D.C.
INTERVENTOR	DANIEL ESTEBAN VELAZCO
CONTRATISTA	PONGASE EN PUNTO DE ENTREGA
ENTIDAD CONTRATANTE	FONDIER

No.	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	DEDICACIÓN	VALOR CONTRACTUAL	SEC	TIPO DE COTIZANTE SEGÚN PILA	CONTRATANTE	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	NOVEDAD DE ACTUALIZACIÓN Y SUBSISTENCIAS			SALARIO MES ACTIVO - NO ACTIVO	CLASE DE RIESGO	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVO	FECHA DE CAMBIO DE RIESGO	FECHA DE RADICACIÓN AFILIACIÓN EN LÍNEA	FECHA CORTE DE LA PLANILLA	PLANILLAS PAGAS - PERIODO			OBSERVACIONES
											SALUD	PENSIÓN	ARL							OCTUBRE INCLUIDOS	NOVIEMBRE - DICIEMBRE	DIFERENCIAS (VALIDACIÓN 2020)	
1	CESAR GUSTAVO ORTIZ MARTELO	79.410.216	DIRECTOR DE OBRA	80%	$ 6.400.000,00	$ 5.120.000,00								ACTIVO	5								
2	CRISTIAN ANDRES CALDERON HERRERA	80.886.552	SUBGERENTE OPERATIVO	100%	$ 6.400.000,00	$ 6.400.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
3	ANDRES FELIPE LOAIZA VILA	1.010.224.881	AUXILIAR DE SERVICIOS - MOTO	100%	$ 2.600.000,00	$ 2.600.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
4	HUGO ANTONIO PARDO RAMIREZ	1.018.413.845	AUXILIAR DE SERVICIO	100%	$ 1.300.000,00	$ 1.300.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
5	JHON DEIVI RAFAEL GRANADOS TORRES	80.826.084	GERENTE OPERATIVO	100%	$ 6.400.000,00	$ 6.400.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
6	YESSY YULISA CUESTA PALACIOS	1.077.947.248	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - SST	100%	$ 4.700.000,00	$ 4.700.000,00		UNIDAD HOGAREÑA						ACTIVO	5								
7	JAIME ALBARRAN ARANGO PALACIO	3.149.226	INSPECTOR SST	100%	$ 2.400.000,00	$ 2.400.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
8	GUSTAVO ALBERTO LOPEZ CUCUR	80.730.231	SUPERVISOR DE DISTRIBUCIONES	25%	$ 4.400.000,00	$ 1.067.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
9	JOSE BOADA ANDARTO OLIVAN	4.257.000	OFICIAL OPERATIVO	25%	$ 1.100.000,00	$ 1.100.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
10	ARNULFO ARTURO QUINTERO OMEDA	1.020.810.113	CONDUCTOR	100%	$ 2.300.000,00	$ 2.300.000,00		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
11	PAOLA FERNANDA RAMIREZ HERNANDEZ	1.030.601.808	INSPECTOR SST	100%	NA	NA																	
12	ALEXIS PEREZ MORA ALARCON	1.026.274.034	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
13	ANGELMIRO HUERTA BALANCA	9.524.021	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
14	MANUEL ALFONSO ORTIZ LARA	80.109.668	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
15	JOHAN FLOREZ TOVAR	13.731.960	REPRESENTANTE LEGAL	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
16	JEFERSON ALEXIS ARANGO FIGUEROA	80.826.851.970	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA				28/11/2020				ACTIVO	5								
17	DIEGO ALEXIS RAMIREZ	79.124.917	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
18	MARIO DUVAN JAUREGUI PAVAS	1.013.440.777	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
19	LUIS ALEXIS CUERVO CUERVO	80.260.842	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
20	JUAN DANILO CASTRO GARCIA	1.026.745.014	CONDUCTOR	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
21	DANIEL ALEJANDRO MENA RODRIGUEZ	80.191.048	CONDUCTOR	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
22	JHON MARCO RODRIGUEZ VIVAS	80.801.916	CONDUCTOR	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
23	BENJAMIN RAFAEL RUEDA CONDE	80.220.898	BOAL	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
24	JONATHAN DAVID RAMIREZ ROJAS	1.085.926.903	AFILIADOR DE TRAFICO	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
25	LUIS ALBERTO LARA MARTINEZ	80.810.405	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA		CONSULTORES Y CIA SAS						ACTIVO	5								
26	MARIA ISABEL MARTIN RODRIGUEZ	1.018.140.715	ASESORA TRACTA MERCHANDISING	25%	1.000.000	1.000.000								ACTIVO	1								
27	DIEGO PAOLO VASQUEZ GALEANO	1.075.680.485	LIDERESA OPERATIVA	10%	5.000.000	5.000.000								ACTIVO	1								
28	DAVID ESTIVEN TOVAR GUTIERREZ	1.015.108.971	MOVILIZADO	25%	1.000.000	1.000.000								ACTIVO	1								
29	PABLO MAYA MILLARES	28.124.000	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES															
30	YULEIDA MEDITEN RIVAS	1.075.624.010	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
31	CRISTIAN MENESES OLIVEROS	1.014.900.000	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA								ACTIVO	5								
32	ROBERT DOMINGUEZ ORTEGA MADRIGAL	1.027.571.072	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
33	MIGUEL ANGEL GUERRERO CASTILLO	1.007.189.928	OFICIAL DE OBRA	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
34	WILLIAM GOMEZ RAMIREZ	80.878.081	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								
35	JAVIER MEJIA BOLIVAR RAMIREZ	79.808.961	AFILIADOR DE OBRA	100%	NA	NA		CONSORCIO DE ADMINISTRADORES						ACTIVO	5								

Firma:
Nombre: Yenny Eusebia Pereira
Cargo: Auxiliar Administrativo
FECHA de actualización: 28/11/2020

ANEXO 2.5A3 MATRIZ DE APORTES (FORMATO IDIGER)

1. N° CONTRATO/CONVENIO/ETC:	FONDIGER 068-2025	2. TIPO DE CONTRATISTA	Obra	3. OBJETO:	"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE, LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DEMOLICIÓN DE EDIFICACIONES, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE ESCOMBROS, CERRAMIENTO, SEÑALIZACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE PREDIOS PRODUCTO DEL PROCESO DE REASENTAMIENTO DE FAMILIAS EN ALTO RIESGO NO MITIGABLE EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE BOGOTÁ D.C."				
4. NUMERO DE INFORME:	2	5. PERIODO DEL INFORME:	23/11/2025	6. CONTRATISTA:	CONSORCIO VB ADECUACIONES	7. SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	IDIGER	8. PERIODO CORRESPONDIENTE	23/11/2025 - 22/12/2025

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 1 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	DIRECTOR DE OBRA	10.2 Nombres:	CESAR GUSTAVO OSPINA MANTILLA	10.3 N° Identificacion:	79.410.219	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 9.400.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)						

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% independiente - 100% planta	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC	
SEGURIDAD SOCIAL											
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 1.880.000,00	$ 300.800,00	94963785(27 (2025/12/12)	nov-25	$ 17.000.000,00	$ 2.600.000,00	$ 300.800,00	$ 1.880.000,00	
SALUD	4,00%			$ 75.200,00		nov-25		$ 2.125.000,00	$ 75.200,00		
A.R.L. riesgos	V			$ 130.848,00	94963785(27 (2025/12/12)	nov-25	$ 17.000.000,00	V	$ 130.848,00	$ 1.880.000,00	
PARAFISCALES											
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 1.880.000,00	$ 75.200,00	9496378527 (2025/12/12)	nov-25	$ 17.000.000,00	$ 680.000,00	$ 75.200,00	$ 1.880.000,00	
I.C.B.F	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -	
SENA	0,00%		$ -	$ -		N/A	0	$ -	$ -	$ -	

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 2 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	10.2 Nombres:	GUSTAVO ALBERTO LOPEZ DUQUE	10.3 N° Identificacion:	80.720.331	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 9.400.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	0					

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40%	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC	
SEGURIDAD SOCIAL											
PENSIÓN	16,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 752.000,00	$ 120.320,00	9496135779(01/12/2025)	nov-25	$ 2.000.000,00	$ 320.000,00	$ 120.320,00	$ 752.000,00	
SALUD	12,50%			$ 94.000,00		nov-25	$ 2.000.000,00	$ 250.000,00	$ 94.000,00		
A.R.L. riesgos	V			$ 92.339,20	9495669907(2025/12/03)	nov-25	$ 1.423.506,00	V	$ 92.339,20	$ 752.000,00	
PARAFISCALES											
CAJA DE COMPENSACIÓN	0,00%	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -	
I.C.B.F	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -	
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -	

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 3 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)								
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	RESIDENTE DE OBRA	10.2 Nombres:	PROLAN ANDRES COLORADO RECARRA	10.3 N° Identificacion:	80.096.629	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 6.000.000,00	
		10.5 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30			
		10.7. Permanencia 2:		10.6 Tiempo de Permanencia	0					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planillas; (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 6.000.000,00	$ 960.000,00	9495684493(03/12/2025)	nov-25	$ 6.000.000,00	$ 1.010.000,00	$ 960.000,00	$ 6.000.000,00
SALUD	4,00%			$ 240.000,00		nov-25	$ 6.000.000,00	$ 240.000,00	$ 240.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 417.600,00	9495684493(03/12/2025)	nov-25		V	$ 417.600,00	$ 6.000.000,00

PARAFISCALES											
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 6.000.000,00	$ 240.000,00	9495984483(03/12/2025)	1/11/2025	$ 6.000.000,00	$ 240.000,00	$ 240.000,00	$ 6.000.000,00
I.C.B.F.	3,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	2,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 4 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	RESIDENTE DE OBRA	10.2 Nombre:	ANGIE KATHERINE PARDO RAMIREZ	10.3 N° Identificacion:	1.018.453.695	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 3.500.000,00
		10.6 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:	0,00%	10.8 Tiempo de Permanencia	0				

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planilla: (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 3.500.000,00	$ 560.000,00	9496376527 (2025/12/12)	nov-25	$ 3.500.000,00	$ 560.000,00	$ 560.000,00	$ 3.500.000,00
SALUD	4,00%			$ 140.000,00		nov-25		$ 140.000,00	$ 140.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 243.800,00	9496376527 (2025/12/12)	nov-25	$ 3.500.000,00	V	$ 243.800,00	$ 3.500.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 3.500.000,00	$ 140.000,00	9496376527 (2025/12/12)	1/11/2025	$ 3.500.000,00	$ 140.000,00	$ 140.000,00	$ 3.500.000,00
I.C.B.F.	3,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	2,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 5 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	INGENIERO AUXILIAR - SOCIAL	10.2 Nombre:	ANDRES FELIPE LOPEZ SUA	10.3 N° Identificacion:	1.010.234.991	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 2.800.000,00
		10.6 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planilla: (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 2.800.000,00	$ 448.000,00	9495984483(03/12/2025)	nov-25	$ 2.800.000,00	$ 448.000,00	$ 448.000,00	$ 2.800.000,00
SALUD	4,00%			$ 112.000,00		nov-25		$ 112.000,00	$ 112.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 194.880,00	9495984483(03/12/2025)	nov-25	$ 2.800.000,00	V	$ 194.880,00	$ 2.800.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 2.800.000,00	$ 112.000,00	9495984483(03/12/2025)	1/11/2025	$ 2.800.000,00	$ 112.000,00	$ 112.000,00	$ 2.800.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 6 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	PROFESIONAL AMBIENTAL Y SST	10.2 Nombre:	YENNY YULIMA CUESTA PALACIOS	10.3 N° Identificacion:	1.077.435.248	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 4.000.000,00
		10.6 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planilla: (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 4.000.000,00	$ 640.000,00	9496376527 (12/12/2025)	nov-25	$ 4.700.000,00	$ 752.000,00	$ 640.000,00	$ 4.000.000,00
SALUD	4,00%			$ 160.000,00		nov-25		$ 188.000,00	$ 160.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 278.400,00	9496376527 (12/12/2025)	nov-25	$ 4.700.000,00	V	$ 278.400,00	$ 4.000.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 4.000.000,00	$ 160.000,00	9496376527 (12/12/2025)	1/11/2025	$ 4.700.000,00	$ 188.000,00	$ 160.000,00	$ 4.000.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0		$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 7 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	PROFESIONAL SOCIAL	10.2 Nombre:	SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO	10.3 N° Identificacion:	52.330.248	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 3.500.000,00
		10.6 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia					

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planillas; (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 3.300.000,00	$ 528.000,00	94858844B3(03/12/2025)	nov-25	$ 3.300.000,00	$ 528.000,00	$ 528.000,00	$ 3.300.000,00
SALUD	4,00%			$ 132.000,00		nov-25		$ 132.000,00	$ 132.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 220.660,00	94858844B3(03/12/2025)	nov-25	$ 3.300.000,00	V	$ 220.660,00	$ 3.300.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 3.300.000,00	$ 132.000,00	94858844B3(03/12/2025)	1/11/2025	$ 3.300.000,00	$ 132.000,00	$ 132.000,00	$ 3.300.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 8 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ESPECIALISTA EN TRANSITO	10.2 Nombres:	JOSE MISAEL AMGARITA DURAN	10.3 N° Identificacion:	4.257.582	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 7.253.000,00
		10.6 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

		11. SOPORTE DE PAGO									
		11.1 Tipo de Planilla o	11.2 Valor del IBC a	11.3 Valor a Soportar del	11.4 N° Planillas; (Fecha de	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado	11.9 Valor Efectivo
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Independiente pago OCF (No paga SENA e ICBF)	$ 580.240,00	$ 92.838,40	92127110 (05/12/2025)	nov-25	$ 3.059.840,00	$ 489.600,00	$ 92.838,40	$ 580.240,00
SALUD	12,50%			$ 72.530,00		nov-25		$ 382.500,00	$ 72.530,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 40.384,70	94858668B7(2025/12/03)	nov-25	$ 1.423.500,00	V	$ 40.384,70	$ 580.240,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Independiente pago OCF (No paga SENA e ICBF)	$ 580.240,00	$ 23.209,60	92127110 (05/12/2025)	1/11/2025	$ 3.059.840,00	$ 61.200,00	$ 23.209,60	$ 580.240,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		10. PERSONAL 9 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	CONDUCTOR	10.2 Nombres:	BRANDON HERNAN QUINTERO SAMACA	10.3 N° Identificacion:	1.000.515.115	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 2.000.000,00
		10.6 Permanencia 1:	100,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 40% Independiente - 100%	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 2.000.000,00	$ 320.000,00	9495884483 (03/12/2025)	nov-25	$ 2.000.000,00	$ 519.200,00	$ 320.000,00	$ 2.000.000,00
SALUD	4,00%			$ 80.000,00		nov-25		$ 80.000,00	$ 80.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 139.200,00	9495884483 (03/12/2025)	nov-25	$ 2.000.000,00	V	$ 139.200,00	$ 2.000.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 2.000.000,00	$ 80.000,00	9495884483 (03/12/2025)	1/11/2025	$ 2.000.000,00	$ 80.000,00	$ 80.000,00	$ 2.000.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

9. CONDICIONES SEGÚN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		11. PERSONAL 11 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ASESORA CONTABLE	10.2 Nombres:	GINA PAOLA CAMARGO BOLAÑOS	10.3 N° Identificacion:	1.075.663.459	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 5.000.000,00
		10.6 Permanencia 1:	10,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (días)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (días)					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 48%	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 500.000,00	$ 80.000,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 5.000.000,00	$ 800.000,00	$ 80.000,00	$ 500.000,00
SALUD	4,00%			$ 20.000,00		nov-25		$ 200.000,00	$ 20.000,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 34.800,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 5.000.000,00	V	$ 34.800,00	$ 500.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 500.000,00	$ 20.000,00		1/11/2025	$ 5.000.000,00	$ 200.000,00	$ 20.000,00	$ 500.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

8. CONDICIONES SEGUN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		12. PERSONAL 12 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	MENSAJERO	10.2 Nombres:	DAVID ESTIVEN TOVAR QUIÑONEZ	10.3 N° Identificacion:	1.010.186.871	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.500.000,00
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según FP - 48%	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 300.000,00	$ 48.000,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 1.500.000,00	$ 240.000,00	$ 48.000,00	$ 300.000,00
SALUD	4,00%			$ 12.000,00		nov-25		$ 60.000,00	$ 12.000,00	
A.R.L. riesgos	I			$ 1.566,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 1.500.000,00	I	$ 1.566,00	$ 300.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 300.000,00	$ 12.000,00	9496378527 (12/12/2025)	1/11/2025	$ 1.500.000,00	$ 60.000,00	$ 12.000,00	$ 300.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

8. CONDICIONES SEGUN FACTOR PRESTACIONAL PRESENTADO		13. PERSONAL 13 (SEGÚN OFERTA ECONOMICA O PRESUPUESTO)							
9.1 DESCRIPCIÓN DEL ITEM	9.2 % APLICAR DE ITEM (Según FP presentado)	10.1 Cargo:	ASISTENTE ADMINISTRATIVA-SECRETARIA	10.2 Nombres:	MARIA ISABEL IBAÑEZ RODRIGUEZ	10.3 N° Identificacion:	1.014.183.775	10.4 Salario Base de Cotizacion:	$ 1.850.000,00
		10.5 Permanencia 1:	20,00%	10.6 Tiempo de Permanencia 1 (dias)	30	10.9 Total Dias del Mes a reportar	30		
		10.7. Permanencia 2:		10.8 Tiempo de Permanencia 2 (dias)					

		11. SOPORTE DE PAGO								
		11.1 Tipo de Planilla o contratacion según	11.2 Valor del IBC a Soportar	11.3 Valor a Soportar del Item	11.4 N° Planillas; (Fecha de Pago)	11.5 Periodo Servicio	11.6 Valor IBC Soportado	11.7 Valor del Item Soportado	11.8 valor efectivo Soportado del Item	11.9 Valor Efectivo Soportado del IBC
SEGURIDAD SOCIAL										
PENSIÓN	16,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 370.000,00	$ 59.200,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 1.850.000,00	$ 296.000,00	$ 59.200,00	$ 370.000,00
SALUD	4,00%			$ 14.800,00		nov-25		$ 74.000,00	$ 14.800,00	
A.R.L. riesgos	V			$ 25.752,00	9496378527 (12/12/2025)	nov-25	$ 1.850.000,00	V	$ 25.752,00	$ 370.000,00
PARAFISCALES										
CAJA DE COMPENSACIÓN	4,00%	Dependiente Exonerado de ICBF, SENA y SALUD	$ 370.000,00	$ 14.800,00	9496378527 (12/12/2025)	1/11/2025	$ 1.850.000,00	$ 74.000,00	$ 14.800,00	$ 370.000,00
I.C.B.F.	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -
SENA	0,00%		$ -	$ -	N/A	N/A	0	$ -	$ -	$ -

12 RESUMEN DE SOPORTES										
12.1 PERSONAL	12.2 CARGO	FACTOR PRESTACIONAL COMPLETO SEGÚN NIVEL DEL PROFESIONAL (SEGURIDAD SOCIAL, COTACIONES ETC)	12.3 VALOR SUELDO A SUFRAGAR SEGÚN ANEXO ECONÓMICO O PRESUPUESTO (permanencia días trabajados y Tipo de Vinculación)	12.4 VALOR SUELDO SOPORTADO SEGÚN PLANILLAS PRESENTADAS	12.5 TOTAL APORTES SOPORTADOS REALIZADOS SEGÚN PLANILLAS PRESENTADAS (Pensión, Salud, ARL, CCF y Parafiscales)	SUMATORIA (PENSIÓN, SALUD, ARL, CCF, ICBF, SENA)	VALOR A PAGAR POR PENSIÓN, SALUD, ARL, CCF, ICBF Y SENA	12.1 Tipo de Planilla o contratacion segun Dto.-40% independiente - 100% planilla	VALOR TOTAL A PAGAR POR FACTOR PRESTACIONAL COMPLETO
Personal 1	DIRECTOR DE OBRA	1,14	$ 1.900.000,00	$ 1.900.000,00	$ 592.040,00	30,88%	$ 592.040,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 2.139.139,20
Personal 2	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	1,14	$ 1.900.000,00	$ 1.900.000,00	$ 268.958,26	30,88%	$ 268.958,26	Independiente (No paga CCF, SENA e ICBF)	$ 2.139.139,20
Personal 3	RESIDENTE DE OBRA	1,14	$ 6.000.000,00	$ 6.000.000,00	$ 1.907.900,00	30,88%	$ 1.907.900,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 6.827.040,00
Personal 4	RESIDENTE DE OBRA	1,14	$ 3.500.000,00	$ 3.500.000,00	$ 1.080.000,00	30,88%	$ 1.080.900,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 3.982.440,00
Personal 5	INGENIERO AUXILIAR / APOYO	1,14	$ 2.800.000,00	$ 2.800.000,00	$ 865.052,00	30,88%	$ 865.052,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 3.186.043,20
Personal 6	PROFESIONAL AMBIENTAL Y SST	1,14	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00	$ 1.236.400,00	30,88%	$ 1.236.400,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 4.551.360,00
Personal 7	PROFESIONAL SOCIAL	1,14	$ 3.200.000,00	$ 3.200.000,00	$ 1.021.900,00	30,88%	$ 1.021.900,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 3.704.672,00
Personal 8	ESPECIALISTA EN TRANSITO	1,14	$ 1.450.000,00	$ 1.450.000,00	$ 225.462,70	30,48%	$ 225.462,70	Independiente paga ICCF (No paga SENA e ICBF)	$ 1.650.550,15
Personal 9	CONSULTOR	1,14	$ 2.500.000,00	$ 2.500.000,00	$ 810.250,00	30,88%	$ 810.250,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 2.370.000,00
Personal 10	ASESORIA CONTABLE	1,14	$ 500.000,00	$ 500.000,00	$ 154.900,00	30,98%	$ 154.900,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 568.920,00
Personal 11	MENSAJERO	1,14	$ 300.000,00	$ 300.000,00	$ 73.998,00	24,67%	$ 73.998,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 341.352,00
Personal 12	ASISTENTE ADMINISTRATIVA-SECRETARIA	1,14	$ 370.000,00	$ 370.000,00	$ 114.522,00	30,96%	$ 114.522,00	Dependiente Contratado tipo ICBF, SENA y SALUD	$ 421.030,80
	Subtotal		$ 27.900.000,00	$ 27.900.000,00	$ 8.137.847,96		$ 8.137.847,96		$ 31.827.445,80

13. Observaciones:

12.6 Valor Promedio de Factor Prestacional	1,139	$ 31.827.445,80
12.7 Valor total del FP de Seguridad Social y Parafiscales	0,290	$ 8.137.847,96
12.8 Valor Electivo total soportado por seguridad social y parafiscales	0,290	$ 8.137.847,96
12.9 Valor de seguridad social y parafiscales no soportado	0,000	$ -
12.10 Valor mo Sueldo no soportado		$ -
12.11 Valor total Efectivo del FP mo Soportado (solo Seguridad social y parafiscales)	1,139	$ 31.827.445,80
12.12 Diferencia no encontrada		$ -
12.13 %mo al aplicar	0,00%	$ -
12.14 Total no soportado		$ -
12.15 Total no soportado		$ -
12.16 Valor total a no soportado		$ -

Elaboró: Yenny Cuella

Firma:

Nombre Cargo: Yenny Cuella Palacios
Res dentro fundamental y SST

Fecha: 7/10/2020

ANEXO 2.5A4 PLANILLAS APORTES SS-PARAFISCALES

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 80720331		LOPEZ ENRIQUE GUSTAVO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 140 #9-70 APTO 1305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2219352	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$260,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$260,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Outlet: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$260,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	80720331	LOPEZ GUSTAVO	01-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS001	30	$2,000,000	$260,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,000,000**	**$320,000**			**$2,000,000**	**$260,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1971987163	949513579	I	2025/12/09	2025/12/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$570,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$320,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$570,000	$0	$0	$570,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901953310	0	CONSORCIO VB ADECUACIONES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VB ADECUACIONES	CR 105 A 14 92	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213757097	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	197962761	94959166607	Y	2025/12/03	2025/12/03	BANCO DE BOGOTA	0	$198,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingreso retiro cambio sal cambio nom cambio ver sus temp inc lma vac aus reg ige	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VB ADECUACIONES (2 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$198,200
Centro de Trabajo: VB ADECUACIONES (2 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$198,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$198,200
1	CC	1020751402	ANGARITA DURAN JOHN MISAEL		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
2	CC	80730331	LOPEZ DUQUE GUSTAVO ALBERTO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	0	$0	$0	No	$99,100
Total Afiliados(2)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,847,000		$198,200		$0	$0		$198,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901953310	0	CONSORCIO VB ADECUACIONES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VB ADECUACIONES	CR 105 A 14 92	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213757097	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	197962761	94959166607	Y	2025/12/03	2025/12/03	BANCO DE BOGOTA	0	$198,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$198,200	$0	$0	$198,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	2	$198,200	$0	$0	$198,200
TOTAL				2	$198,200	$0	$0	$198,200

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	4227562	JOSE MISAEL ANGARITA DURAN		CALLE 12 C 11 C 01 CASAS 28 A	6015466278	misael1233@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	25/12/2025	92127110	$83.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS308	Compensar EPS	860066942-7	382.500	0		0		0	0	0	0	382.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	81.200	0	0	81.200	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	382.500	382.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	81.200	81.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	863.700	863.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4207582	JOSE MISAEL ANGARITA DURAN	CALLE 13 C 71 C 61 CASAS 28 A	9015486270	misael1233@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	1	05/12/2025	82127118	$933.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Relación	Aportes	Principal	Cotiz. Pensión	Sucursal	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PTD	COR	FAL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Tipo de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros conceptos	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4207582	ANGARITA DURAN JOSE MISAEL	3	0		16																			25-14	1.009.846	484.000	0	0	0	0	EPS008	1.350.800	883.000				0	CCF34	1.052.946	67.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901953312	0	CONSORCIO VB ADECUACIONES	B - MENOS DE 330 COTIZANTES	VB ADECUACIONES	CR 105 A 14 92	BOGOTA-BOGOTA D. C.	3213757597	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	I979551184	S-I979584483	E	2025/12/03	2025/12/03	BANCO DE BOGOTA	0	$6,800,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES		PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Cotiza	Dias	IBC	Aporte	Cotiza	Dias	IBC	Aporte	Cotiza	Dias	IBC	Aporte	Cotiza	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VB ADECUACIONES (12 Afiliados)						$21,836,370	$1,554,200			$21,836,370	$873,800			$21,836,370	$873,800			$21,836,370		$1,498,900		$0	$0		$6,800,700
Centro de Trabajo: VB ADECUAC OFICINA (1 Afiliados)						$333,334	$51,400			$333,334	$13,400			$333,334	$13,400			$333,334		$1,800		$0	$0		$82,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$333,334	$51,400			$333,334	$13,400			$333,334	$13,400			$333,334		$1,800		$0	$0		$82,000
1	CC	80674685	GOMEZ RAMIREZ HARLEY	X		23030 1	5	$333,334	$51,400	EPS010	5	$333,334	$13,400	CCF24	5	$333,334	$13,400	14-15	5	$333,334	0.5220	$1,800	5	$0	$0	N	$82,000
Centro de Trabajo: VB ADECUACIONES (11 Afiliados)						$21,503,036	$1,502,800			$21,503,036	$860,400			$21,503,036	$860,400			$21,503,036		$1,497,100		$0	$0		$6,718,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)						$21,503,036	$1,502,800			$21,503,036	$860,400			$21,503,036	$860,400			$21,503,036		$1,497,100		$0	$0		$6,718,700
2	CC	84084629	COLORADO BECERRA FREDILAN ANDRES			23-14	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS010	30	$6,000,000	$240,000	CCF24	30	$6,000,000	$240,000	14-15	30	$6,000,000	6.9600	$417,600	30	$0	$0	N	$1,917,600
3	CC	1007573932	COTES SANTAMAR HUBERTO ENRIQUE	X		23030 1	10	$474,500	$75,100	EPS017	10	$474,500	$19,000	CCF24	10	$474,500	$19,000	14-25	10	$474,500	6.9600	$33,100	10	$0	$0	N	$147,100
4	CC	3186198	GRANADA PALACIO JOSE RODRIGO			23030 1	30	$2,400,000	$384,000	EPS008	30	$2,400,000	$96,000	CCF24	30	$2,400,000	$96,000	14-25	30	$2,400,000	6.9600	$167,100	30	$0	$0	N	$743,100
5	CC	1007198909	GUERRERO CASTILLO MIGUEL ANGEL	X		23030 7	10	$666,667	$106,700	EPS005	10	$666,667	$26,700	CCF24	10	$666,667	$26,700	14-15	10	$666,667	6.9600	$46,500	10	$0	$0	N	$206,600
6	CC	1010234991	LOPEZ SUA ANDRES FELIPE		X	23030 1	30	$3,245,469	$519,300	EPS005	30	$3,245,469	$129,900	CCF24	30	$3,245,469	$129,900	14-15	30	$3,245,469	6.9600	$226,000	30	$0	$0	N	$1,005,000
7	CC	1000515173	QUINTERO MANCA SEBASTIAN HERNAN			23030 7	10	$2,000,000	$320,000	EPS005	10	$2,000,000	$80,000	CCF24	10	$2,000,000	$80,000	14-15	10	$2,000,000	6.9600	$139,200	10	$0	$0	N	$619,200
8	CC	85203960	RIANO GOMEZ BENJAMIN RAFAEL	X		23-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS034	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-15	27	$1,281,150	6.9600	$89,200	27	$0	$0	N	$396,800
9	CC	1095838903	RIANO ROJAS JHONATAN DAVID	X		23030 7	27	$1,281,150	$205,000	EPS034	27	$1,281,150	$51,300	CCF24	27	$1,281,150	$51,300	14-15	27	$1,281,150	6.9600	$89,200	27	$0	$0	N	$396,800
10	CC	51884168	SALCEDO RAMIREZ SANDRA MILENA	X		23030 7	6	$284,700	$45,600	EPS008	6	$284,700	$11,400	CCF24	6	$284,700	$11,400	14-15	6	$284,700	6.9600	$19,900	6	$0	$0	N	$88,300
11	CC	52128548	SANCHEZ FORERO SONIA DEL ROCIO			23030 7	30	$3,300,000	$528,000	EPS008	30	$3,300,000	$132,000	CCF24	30	$3,300,000	$132,000	14-15	30	$3,300,000	6.9600	$229,700	30	$0	$0	N	$1,021,700
12	CC	91124141	SANTA AVILANDO PABLO	X		23030 7	12	$569,400	$91,200	EPS017	12	$569,400	$22,800	CCF24	12	$569,400	$22,800	14-15	12	$569,400	6.9600	$39,700	12	$0	$0	N	$176,500
Total Afiliados(12)						$21,836,370	$1,554,200			$21,836,370	$873,800			$21,836,370	$873,800			$21,836,370		$1,498,900		$0	$0		$6,800,700

2025/12/03 04:33 PM

472

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901953313	0	CONSORCIO VB ADECUACIONES	0 - MENOS DE 200 COTIZANTES	VB ADECUACIONES	CR 105 A 14 92	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213757997	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1979551184	9499184483	E	2025/12/03	2025/12/03	BANCO DE BOGOTA	0	$6,800,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	$3,554,200	$0	$0	$3,554,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,225,000	$0	$0	$1,225,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$1,918,000	$0	$0	$1,918,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$411,200	$0	$0	$411,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,498,900	$0	$0	$1,498,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	12	$1,498,900	$0	$0	$1,498,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$873,800	$0	$0	$873,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	$873,800	$0	$0	$873,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				12	$873,800	$0	$0	$873,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$239,400	$0	$0	$239,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$102,600	$0	$0	$102,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$253,400	$0	$0	$253,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$41,800	$0	$0	$41,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$26,700	$0	$0	$26,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$209,900	$0	$0	$209,900
TOTAL				12	$6,800,700	$0	$0	$6,800,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830134389	6	VIAINGAS INGENIEROS SAS	0 - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA	CR 105 A 14 91 OF 615	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7462545	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	220269705556	94963765617	E	2025/12/22	2025/12/12	BANCO DE BOGOTA	0	$22,197,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA o ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BOGOTA (17 Afiliados)						$76,684,000	$11,033,500			$69,972,250	$4,344,100			$70,684,000	$2,838,100			$71,189,750		$3,631,900		$17,000,300	$850,800		$22,197,600
Centro de Trabajo: OBRAS (5 Afiliados)						$35,099,000	$5,863,700			$30,099,000	$2,849,100			$30,099,000	$1,404,100			$35,099,000		$2,443,100		$17,000,300	$850,800		$13,410,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						$35,099,000	$5,863,700			$30,099,000	$2,849,100			$30,099,000	$1,404,100			$35,099,000		$2,443,100		$17,000,300	$850,800		$13,410,000
1	CC	1077435348	CUESTA PALACIOS YIDNAY YULISA	21030 1	30	$4,700,000	$752,000	EPS005	30	$4,700,000	$188,000	CCF24	30	$4,700,000	$188,000	14-25	30	$4,700,000	6.960%	$327,200	30	$0	$0	N	$1,455,200
2	CC	1129523582	LOPEZ RINCON CARLOS ANDRES	21090 1	30	$7,775,000	$1,321,800	EPS005	30	$7,775,000	$311,000	CCF24	30	$7,775,000	$311,000	14-25	30	$7,775,000	6.960%	$541,200	30	$0	$0	N	$2,485,000
3	CC	79410219	OSPINA MANTILLA CESAR GUSTAVO	25-14	30	$17,000,000	$2,890,000	EPS002	30	$17,000,000	$2,125,000	CCF24	30	$17,000,000	$680,000	14-25	30	$17,000,000	6.960%	$1,183,200	30	$17,000,300	$850,800	No	$7,728,200
4	CC	80155909	URREA CASTELLANOS CHRISTIAN ANDRES	25-14	30	$3,488,000	$558,100	EPS002	30	$3,488,000	$139,600	CCF24	30	$3,488,000	$139,600	14-25	30	$3,488,000	6.960%	$242,800	30	$0	$0	N	$1,080,100
5	CC	2162947	URREGO MEDINA HENRY	25-14	30	$2,136,000	$341,800	EPS002	30	$2,136,000	$85,500	CCF24	30	$2,136,000	$85,500	14-25	30	$2,136,000	6.960%	$148,700	30	$0	$0	N	$661,500
Centro de Trabajo: OFICINA (12 Afiliados)						$35,585,000	$5,169,800			$34,873,250	$1,395,000			$35,585,000	$1,414,000			$36,194,750		$188,800		$0	$0		$8,767,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)						$35,585,000	$5,169,800			$34,873,250	$1,395,000			$35,585,000	$1,414,000			$36,194,750		$188,800		$0	$0		$8,767,600
6	CC	80912340	AMADOR LUGUEDA CAMILO	25-14	30	$3,300,000	$536,000	EPS002	30	$3,300,000	$132,000	CCF24	30	$3,300,000	$132,000	14-25	30	$3,300,000	0.522%	$17,300	30	$0	$0	N	$809,300
7	CC	52995331	BERMUDEZ PINZON YOLANDA	21030 1	30	$2,300,000	$552,000	EPS002	30	$2,300,000	$88,000	CCF24	30	$2,300,000	$88,000	14-25	30	$2,300,000	0.522%	$11,500	30	$0	$0	N	$539,500
8	CC	1075683488	CAMARGO ROLANDS GINA PAOLA	21030 1	30	$5,000,000	$800,000	EPS012	30	$5,000,000	$200,000	CCF24	30	$5,000,000	$200,000	14-25	30	$5,000,000	0.522%	$26,100	30	$0	$0	N	$1,226,100
9	CC	1075650447	FUENTES ROBAYO DIANA MARCELA	21030 1	30	$2,087,000	$334,000	EPS002	30	$2,087,000	$83,500	CCF24	30	$2,087,000	$83,500	14-25	30	$2,087,000	0.522%	$10,900	30	$0	$0	N	$511,900
10	CC	1026860547	HERNANDEZ QUINTERO JENNIFER	21030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-25	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	N	$490,500
11	CC	79718774	HERRERA BERCAÑO JOHAN STEBAN	21030 1	30	$2,349,000	$375,900	EPS002	30	$2,349,000	$94,000	CCF24	30	$2,349,000	$94,000	14-25	30	$2,349,000	0.522%	$12,300	30	$0	$0	N	$576,200
12	CC	1019453665	PARDO RAMIREZ ANGIE KATHERINE	21030 1	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-25	30	$3,500,000	0.522%	$18,300	30	$0	$0	N	$858,300
13	CC	41489978	RIVERA MATTOS MARIA EUGENIA	21030 1	13	$711,750	$113,800		0	$0	$0	CCF24	13	$711,750	$28,500	14-25	13	$1,423,500	0.522%	$7,500	13	$0	$0	No	$149,900
14	CC	1014161775	SANCHEZ RODRIGUEZ MARIA ISABEL	21030 1	30	$1,850,000	$296,000	EPS012	30	$1,850,000	$74,000	CCF24	30	$1,850,000	$74,000	14-25	30	$1,850,000	0.522%	$9,700	30	$0	$0	N	$453,700
15	CC	1018158471	TOVAR QUIÑONES DAVID ESTIVEN	21030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-25	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	30	$0	$0	N	$367,900
16	CC	80571500	URREGO RAMIREZ NERLI PATRICIA	21030 2	25	$1,250,000	$200,000	EPS002	25	$1,250,000	$50,000	CCF24	25	$1,250,000	$50,000	14-25	25	$1,250,000	0.522%	$6,600	25	$0	$0	N	$306,600
17	CC	80571500	URREGO RAMIREZ NERLI PATRICIA	21030 2	5	$237,250	$38,000	EPS002	5	$237,250	$9,500	CCF24	5	$237,250	$0	14-25	5	$237,250	0.000%	$0	5	$0	$0	N	$47,500
18	CC	1019093448	VIERA MARTELO HILBIA	25-14	30	$9,600,000	$1,632,000	EPS002	30	$9,600,000	$384,000	CCF24	30	$9,600,000	$384,000	14-25	30	$9,600,000	0.522%	$50,200	30	$0	$0	N	$2,450,200
Total Afiliados(17)						$76,684,000	$11,033,500			$69,972,250	$4,344,100			$70,684,000	$2,838,100			$71,189,750		$3,631,900		$17,000,300	$850,800		$22,197,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				17	$11,653,500	$0	$0	$11,653,500
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	1	$1,321,800	$0	$0	$1,321,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$5,949,900	$0	$0	$5,949,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$4,085,800	$0	$0	$4,085,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$296,000	$0	$0	$296,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$2,631,900	$0	$0	$2,631,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	17	$2,631,900	$0	$0	$2,631,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$2,818,100	$0	$0	$2,818,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	17	$2,818,100	$0	$0	$2,818,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				16	$4,244,100	$0	$0	$4,244,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$145,500	$0	$0	$145,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$262,000	$0	$0	$262,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$80,000	$0	$0	$80,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	10	$3,556,600	$0	$0	$3,556,600
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$510,000	$0	$0	$510,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	1	1	$510,000	$0	$0	$510,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$340,000	$0	$0	$340,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$340,000	$0	$0	$340,000
TOTAL				17	$22,197,600	$0	$0	$22,197,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900303440	3	ABREL DEMOCRACIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 54A 167A 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6716015	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	902043402	94946108843	E	2025/11/12	2025/11/11	BANCOLOMBIA	0	$14,270,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Tdg	Tct	Tdc	Tae	Tde	Tap	Tsl	Tig	Tlm	Vsp	Vst	Sln	Ige	Rtm	Vac	Avp	Vct	Vt	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (34 Afiliados)																								$46,935,500	$7,511,600			$46,935,500	$11,261,600			$46,935,500	$1,878,200			$46,935,500	0.5%	$234,700				$14,270,100

aportes en línea

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: 6.960 (31 Afiliados)							$42,705,000	$6,834,100			$42,705,000	$1,710,000			$42,581,500	$1,705,000			$42,705,000		$2,971,100		$0	$0		$13,220,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (31 Afiliados)							$42,705,000	$6,834,100			$42,705,000	$1,710,000			$42,581,500	$1,705,000			$42,705,000		$2,971,100		$0	$0		$13,220,200
1	CC	1010242994	ABRIL CASTAÑEDA JHOAN STEVEN		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
2	CC	79969673	ABRIL BERNAL JOSE JOHANNY		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
3	CC	80098470	ABRIL BERNAL JUAN DAVID		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
4	CC	79901350	ABRIL BERNAL NELSON LIBARDO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
5	CC	7616631	ALVARADO PADILLA JAIME		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
6	CC	1022771115	ARANGO MORENO JAIME ENRIQUE		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
7	CC	1013594865	CALDERON RODRIGUEZ LAURA NATALIA	X	230301	7	$332,150	$53,100	EPS005	7	$332,150	$13,300	CCF21	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	6.960%	$23,100	7	$0	$0	S	$102,800
8	CC	1030743034	CASTRO BORJA JUAN CAMILO		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
9	CC	79521317	CUELLAR BAYONA JOSE ROBERTO		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
10	CC	80472673	DIAZ NIÑO MAURICIO		25-14	30	$1,423,500	$227,800	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	S	$440,900
11	CC	9498979	DIONICIO BERMUDEZ ALIRIO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS011	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	S	$440,900
12	CC	1030567468	DONADO HUERTA JESUS ELIAS		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	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	S	$440,900
13	CC	1031185283	FRAYVA JOSE EDUARDO		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
14	CC	79549675	FLOREZ RODRIGUEZ WILLIAM		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	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	S	$440,900
15	CC	80196764	GALINDO AYALA VICENTE		271001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
16	CC	80051438	GONZALEZ VIVAS JOHN JAIRO		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
17	CC	80417403	LOPEZ CETINA FERNANDO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
18	CC	80919147	LOPEZ LARA OSCAR GIOVANNI		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
19	CC	1012393061	MARTINEZ ARROYO CRISTHIAN ANDRES		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
20	CC	1030748384	MORA CABALLERO SERGIO DAVID		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
21	CC	79947986	PASTOR REY LUIS ALFONSO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	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	S	$440,900
22	CC	1016053450	RAMOS OCAMPO RAUL FABIAN	X X	25-14	23	$1,091,350	$174,700	EPS008	23	$1,091,350	$43,700	CCF21	23	$1,091,350	$43,700	14-11	23	$1,091,350	6.960%	$76,000	23	$0	$0	S	$338,100
23	CC	1030773602	RODRIGUEZ GONZALEZ HECTOR		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
24	CC	1037295622	ROMERO VERGARA NESTOR ALBERTO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	S	$435,900
25	CC	1014233080	SANCHEZ AGUILERA LUIS FELIPE		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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	S	$440,900
27	CC	1030796050	TRUJILLO GIRAL GIOVANNY		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
28	CC	1030749090	TRUJILLO TRIANA RAFAEL ARMANDO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
29	CC	79694847	VASQUEZ VARELA FABIAN CAMILO		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	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	S	$440,900
30	CC	1001094602	VASQUEZ LESMAN VALENTINA		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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	S	$440,900
31	CC	1032390548	VERGARA RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	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	S	$440,900
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (3 Afiliados)							$4,270,500	$683,400			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$171,000			$4,270,500		$22,500		$0	$0		$1,047,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)							$4,270,500	$683,400			$4,270,500	$171,000			$4,270,500	$171,000			$4,270,500		$22,500		$0	$0		$1,047,900
32	CC	52498013	JIMENEZ SARMIENTO YURI		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	S	$349,300
33	CC	52457015	LOPEZ CARDENAS LUZ AMANDA		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	S	$349,300
34	CC	52410247	ROMERO ALVARADO MONICA		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	S	$349,300

Planilla Resumen

aportes en línea

Total	Afiliados(34)	$46,975,500	$7,517,500	$46,975,500	$1,881,000	$46,852,000	$1,876,000	$46,975,500	$2,995,600	$0	$0

	$14,270,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900303440	3	ABRIL DENODICANA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 54A 167A-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6716015	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1900414659	9494610843	E	2025/11/12	2025/11/11	BANCOLOMBIA	0	$14,270,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				34	$7,517,500	$0	$0	$7,517,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$1,366,800	$0	$0	$1,366,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$1,541,500	$0	$0	$1,541,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$2,961,400	$0	$0	$2,961,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$1,647,800	$0	$0	$1,647,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				34	$2,995,600	$0	$0	$2,995,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	34	$2,995,600	$0	$0	$2,995,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				34	$1,876,000	$0	$0	$1,876,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	34	$1,876,000	$0	$0	$1,876,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				34	$1,881,000	$0	$0	$1,881,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$57,000	$0	$0	$57,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$157,700	$0	$0	$157,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	9	$513,000	$0	$0	$513,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$114,000	$0	$0	$114,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$456,000	$0	$0	$456,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	10	$526,300	$0	$0	$526,300
TOTAL				34	$14,270,100	$0	$0	$14,270,100

2025/11/11 08:38 AM

475

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

11 Nov 2025 08:29:24
NIT: 900303440
Usuario: NELSON LIBARDO ABRIL BERNAL

Pago exitoso
CUS 1920424002

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
186.155.13.171

Fecha
11 Nov 2025 08:29:24

Referencia 2
NIT

Número de factura
9494610843

Referencia 3
900303440

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494610843

Valor del Pago
$14.270.100

Número de comprobante
TR0828234002

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 7607**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900302194-8	ABASTECE LTDA		CRA 4 A ESTE 46 30	3402318	abastecepyp@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B - menos de 200 c	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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	17/12/2025	92412310	$2,456,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	171.000	0		0		0	0	0	0	171.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	55.100	0		0		0	0	0	0	55.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
23CCI	Protección (RG) + Protección)	800227739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
23CCI	Porvenir	800224808-8	729.000	0	0	0	0	0	0		729.000	4
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										
14-11	ARL SURA	800063768-9	591.400				591.400	0	0	591.400			5.914	591.400	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	343.100	0	0	343.100	7

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	343.100	343.100
Pensión	3	1.184.800	1.184.800
Riesgos Laborales	1	591.400	591.400
CCF	1	343.100	343.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.456.200	2.456.200

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	900382194-6	ABASTECS LTDA		CRA 4 A ESTE 48 30	3402318	abastecspy@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – Ingresos de 200 c	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
					7	8
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	17/12/2025	92412319	$2.450.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el Exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Días EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Días 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	1094865418	SANCHEZ LIBARDO	1	0			0	X																EP0021	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EP0021	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	85.150	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1127553378	GARCIA VILLAMIZAR ALEXANDER	1	0			0																	EP0005	1.423.000	227.600	0	0	0	0	EP0005	1.423.000	57.000	14-11	1.423.000	3	99.100	CCF24	1.423.000	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	5554758	SUATMADO JOAQUIN	1	0			0	X																EP0017	1.591.500	45.700	14-11	1.591.500	3	76.000	CCF24	1.591.500	63.700	0	0	0	0	0	0	0
4	CC	7994927	GARZON MANOSCHI CARLOS ANDRES	1	0			0																	EP0003	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EP0003	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	5018566	MESA RODRIGUEZ SAMUEL ALEJANDRO	1	0			0																	EP0009	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EP0009	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	5028420	SANCHEZ SANCHEZ OSCAR CENEN	1	0			0	X																EP0017	284.700	11.400	14-11	284.700	3	19.000	CCF24	284.700	11.400	0	0	0	0	0	0	0
7	CC	80486659	LOPEZ CRUZADOS PAULO CESAR	1	0			0																	25-14	1.423.500	227.600	0	0	0	0	EP0009	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	3	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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901296539	6	DEMOLICIONES HYD SAS	6 - MENOS DE 200 COTIZANTES	DEMOLICIONES HYD	CLL 57 H 73 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2115236	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1983511856	94960911	E	2025/12/10	2025/12/05	BANCOLOMBIA	0	$4,628,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdc	tap	vsp	cor	vst	sln	lgt	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	8006	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
2	CC	8001	[illegible]	X																230301	25	$1,186,250	$189,800	EPS002	25	$1,186,250	$47,500	CCF24	25	$1,186,250	$83,000	14-13	25	$1,186,250	$83,000	25	0	0	N	$367,300
3	CC	1015	[illegible]	X																230301	13	$569,400	$91,100	EPS008	13	$569,400	$22,800	CCF24	13	$569,400	$39,900	14-13	13	$569,400	$39,900	13	0	0	N	$176,300
4	CC	1026	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
5	CC	7972	[illegible]																	23-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS042	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
6	CC	9504	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
7	CC	7977	[illegible]	X																230301	13	$569,400	$91,100	EPS037	13	$569,400	$22,800	CCF24	13	$569,400	$39,900	14-13	13	$569,400	$39,900	13	0	0	N	$176,300
8	CC	1020	[illegible]																	230301	17	$1,800,900	$288,100	EPS009	17	$1,800,900	$72,000	CCF24	17	$1,800,900	$126,000	14-13	17	$1,800,900	$126,000	17	0	0	N	$557,100
9	CC	1015	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
10	CC	1212	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS009	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
11	CC	1026	[illegible]		X															230301	18	$854,100	$136,700	EPS134	18	$854,100	$34,200	CCF24	18	$854,100	$59,800	14-13	18	$854,100	$59,800	18	0	0	N	$264,600
12	CC	8017	[illegible]																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$99,600	14-13	30	$1,423,500	$99,600	30	0	0	N	$440,400
Total		Afiliados(12)																				$14,943,650	$2,391,500			$14,943,650	$598,300			$14,943,650	$1,046,300			$14,943,650	$1,046,300					$4,438,400

2025/12/04 09:38 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901294539	6	DEMOLICIONES HYD SAS	E - MENOS DE 200 COTIZANTES	DEMOLICIONES HYD	CLL 37 N 13 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2110234	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	PR1551YR5A	9496358172	E	2025/12/10	2025/12/03	BANCOLOMBIA	0	$4,628,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	$2,391,500	$0	$0	$2,391,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$1,844,700	$0	$0	$1,844,700
PROTECCION	230301	800,229,739	0	2	$319,000	$0	$0	$319,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,040,500	$0	$0	$1,040,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	12	$1,040,500	$0	$0	$1,040,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$598,300	$0	$0	$598,300
COMFENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	$598,300	$0	$0	$598,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				12	$598,300	$0	$0	$598,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$34,200	$0	$0	$34,200
COMFENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$208,800	$0	$0	$208,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$22,800	$0	$0	$22,800
SALUD TOTAL	EPS005	800,130,907	4	3	$161,500	$0	$0	$161,500
TOTAL				12	$4,628,600	$0	$0	$4,628,600

ANEXO 2.5A5 PAZ Y SALVOS Y TRASLADOS – NA

NIT 900.303.440-3
CARRERA 54ª # 167ª -32
TELEFONO 6716015
WWW.ABRILDEMOEXCAVASAS.COM

Bogotá, D. C., 22 de diciembre de 2025

Señores:
H&D demoliciones S.A.S
Proyecto: Fondiger 088 2025

REF: Paz y Salvo

La empresa **ABRIL DEMOEXCAVA S.A.S.**, identificada con NIT **900.303.440-3**, certifica que, a la fecha, se ha realizado y verificado el pago correspondiente a los **salarios y aportes de seguridad social** del personal vinculado, correspondiente al período comprendido entre el **5 al 11 de noviembre de 2025**.

Durante dicho período, se contó con **un (1) trabajador**, encontrándose la empresa **a paz y salvo** por los conceptos de **salarios/honorarios** y **aportes al sistema de seguridad social**, de conformidad con lo establecido en el **Artículo 50 de la Ley 789 de 2002**.

No	EMPRESA	NOMBRE	CEDULA
1	ABRIL DEMOEXCAVA SAS	JHON JAIRO GONZALEZ	80851438

De la misma manera declaro que he sido trasladado para un proyecto nuevo y continuo en la compañía.

Sin otro particular, se firma la presente para los fines que haya lugar.

Atentamente,

ABRIL
DEMOEXCAVA S.A.S
NIT: 900.303.440 - 3

Nelson Libardo Abril Bernal
Representante Legal

ABRIL
DemoExcava S.A.S.

NIT 900.303.440-3
CARRERA 54ª # 167ª -32
TELEFONO 6716015
WWW.ABRILDEMOEXCAVASAS.COM

Bogotá, D. C., 22 de diciembre de 2025

Señores:
H&D demoliciones S.A.S
Proyecto: Fondiger 088 2025

REF: Paz y Salvo

La empresa **ABRIL DEMOEXCAVA S.A.S.**, identificada con NIT **900.303.440-3**, certifica que, a la fecha, se ha realizado y verificado el pago correspondiente a los **salarios y aportes de seguridad social** del personal vinculado, correspondiente al período comprendido entre el **29 de octubre al 29 de noviembre de 2025**.

Durante dicho período, se contó con **un (1) trabajador**, encontrándose la empresa **a paz y salvo** por los conceptos de **salarios/honorarios** y **aportes al sistema de seguridad social**, de conformidad con lo establecido en el **Artículo 50 de la Ley 789 de 2002**.

No	EMPRESA	NOMBRE	CEDULA
1	ABRIL DEMOEXCAVA SAS	JUAN CAMILO CASTRO	1005743034

De la misma manera declaro que he sido trasladado para un proyecto nuevo y continuo en la compañía.

Sin otro particular, se firma la presente para los fines que haya lugar.

Atentamente,

ABRIL
DEMOEXCAVA S.A.S
NIT: 900.303.440 - 3

Nelson Libardo Abril Bernal
Representante Legal

480

ANEXO 2.5A6 CERTIFICADO APORTES PARAFISCALES

CONSORCIO VB ADECUACIONES
NIT. 901953312-0

Bogotá, D.C., diciembre 22 de 2025

Señores
CONSORCIO DEMOLICIÓN VELNEC
Atn. Dra. PAOLA MARIA CRISTANCHO CHARRY
Representante Legal

REFERENCIA: CONTRATO FONDIGER-088-2025 "CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE, LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DEMOLICIÓN DE EDIFICACIONES, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE ESCOMBROS, CERRAMIENTO, SEÑALIZACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE PREDIOS PRODUCTO DEL PROCESO DE REASENTAMIENTO DE FAMILIAS EN ALTO RIESGO NO MITIGABLE EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE BOGOTÁ D.C.

ASUNTO: CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Cordial Saludo,

Yo **Cesar Gustavo Ospina Mantilla**, identificado con la C.C. No. 79.410.219 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal, CONSORCIO VB ADECUACIONES identificada con NIT 901953312-0, certifico que para el Contrato de obra FONDIGER 088-2025, cuyo objeto es "CONTRATO FONDIGER-088-2025 "CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE, LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DEMOLICIÓN DE EDIFICACIONES, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE ESCOMBROS, CERRAMIENTO, SEÑALIZACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE PREDIOS PRODUCTO DEL PROCESO DE REASENTAMIENTO DE FAMILIAS EN ALTO RIESGO NO MITIGABLE EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE BOGOTÁ D.C.", nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con el FONDIGER, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

CALLE 105 A No 14 - 92 OFICINA 615 CEL: 321 3757097
email: consorcio.vbadecuaciones@gmail.com

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato VB-FT-SGI-003 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No. 1 que comprende el periodo del 23 de noviembre de 2025 al 22 de diciembre del 2025, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
DIRECTOR DE OBRA	CESAR GUSTAVO OSPINA MANTILLA	79.410.219	OBRA O LABOR
RESIDENTE DE OBRA	FROILAN ANDRES COLORADO BECERRA	86.066.629	OBRA O LABOR
RESIDENTE DE OBRA	ANGIE KATHERINE PARDO RAMIREZ	1.018.453.666	OBRA O LABOR
INSPECTOR DE OBRA	ANDRES FELIPE LOPEZ SUA	1.010.234.991	OBRA O LABOR
RESIDENTE SOCIAL	SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO	52.330.248	OBRA O LABOR
RESIDENTE SST Y AMBIENTAL	YENNY YULISA CUESTA PALACIOS	1.077.435.248	OBRA O LABOR
ESPECIALISTA EN TRANSITO	JOSE MISAEL ANGARITA DURAN	4.207.582	PRESTACIÓN DE SERVICIO
INSPECTOR SST	JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO	3.186.298	OBRA O LABOR
ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	GUSTAVO ALBERTO LOPEZ DUQUE	80.720.331	PRESTACION DE SERVICIO

CONSORCIO VB ADECUACIONES
NIT. 901953312-0

CONDUCTOR	BRANDON HERNAN QUINTERO SAMACA	1.000.515.115	OBRA O LABOR
BOAL	BENJAMIN RAFAEL RAMOS GOMEZ	85.203.986	OBRA O LABOR
AYUDANTE DE TRAFICO	JHONATAN DAVID RAMOS ROJAS	1.085.036.903	OBRA O LABOR
ASISTENTE ADMINISTRATIVA-SECRETARIA	MARIA ISABEL SAENZ RODRIGUEZ	1.014.183.775	OBRA O LABOR
ASESORA CONTABLE	GINA PAOLA CAMARGO BOLAÑOS	1.075.683.489	OBRA O LABOR
MENSAJERO	DAVID ESTIVEN TOVAR QUIÑONEZ	1.010.186.671	OBRA O LABOR
AYUDANTE DE OBRA	PABLO SANTA MALAMBO	93.124.243	OBRA O LABOR
AYUDANTE DE OBRA	HUMBERTO ENRIQUE COTES SIMERMAN	1.007.573.922	OBRA O LABOR
OFICIAL DE OBRA	MIGUEL ANGEL GUERRERO CASTILLO	1.087.198.909	OBRA O LABOR
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	HARLEY GOMEZ RAMIREZ	80.876.085	OBRA O LABOR
AYUDANTE DE OBRA	SANDRA MILENA SALCEDO RAMIREZ	53.006.368	OBRA O LABOR

CESAR GUSTAVO OSPINA M.
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO VB ADECUACIONES
79.410.219 de Bogotá

CALLE 105 A No 14 - 92 OFICINA 615 CEL: 321 3757097
email: consorcio.vbadecuaciones@gmail.com

ANEXO 2.5A7 FIC

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	Nro. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
899999034	**BANCO DAVIVIENDA**	**151990771**	**1997771398**	**10/12/2025**

Razón Social: **SENA**

Usuario Pagador: **901953312**

Descripción del Pago: **Pago Ordinario - FIC**

Dirección IP: **200.119.45.147**

Su transacción fue APROBADA por la Entidad Financiera

Total Pagado **$ 427,050.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
Pago Ordinario - FIC	1	$ 427,050.00	COP$ 427,050.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	Nro. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
899999034	BANCO DAVIVIENDA	151990771	1997771398	10/12/2025

Número de Identificación
901953312

Primer Nombre ó Razón Social
CONSORCIO VB ADECUACIONES

Primer Apellido (si es Persona natural)

Tipo de documento
01

Dígito de Verificación (Si es persona
0

Naturaleza Juridica
01

Departamento
CUNDINAMARCA

Ciudad Capital
BOGOTÁ D.C.

Dirección de Domicilio
CL 105A 14 92 OF 614

Ciudad de Domicilio
BOGOTA

Localización
Nacional

Teléfono de Contacto
+57,321 3757097

Correo electrónico
administracion@vanegasingenieros.com

Código SIIF
3-2-07-1-02-1-04-43

Regional
Bogota D.C.

Regional Centros SIIF
36-02-00-011-000000

Número Licencia de Obra

Número Contrato de Obra
FONDIGER-088-2025

Nombre Obra
CONSORCIO VB ADECUACIONES

Fecha Inicio Obra
30/10/2025

Fecha Terminación Obra
22/04/2026

Ciudad de Ejecución de la Obra
Bogota

Tipo FIC
Mensual

Año Periodo a Pagar
2025

Mes Periodo a Pagar
11

Costo Total de Obra a Todo Costo
6800700.00

Costo Total Mano de Obra
6800700.00

Número de Trabajadores en el Periodo
12

Valor Intereses Moratorios
0.00

Aporte FIC
427050.00

Aporte SENA
0.00

Valor del Pago
427050.00

ecollect
Seguro para ti

ANEXO 2.5B CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	FORMATO	Código: VB-FT-SGI-002
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

RELACION DE ACTIVIDADES SST		MES								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Actividades Basicas										
Presentación hojas de vida y Visita área objeto de intervención	P	P								
	E	E								
Entrega de EPP y dotación	P		P	P						
	E		E	E						
Inducción General Sig y Vial-Riesgos,politicas,Reglamentos,procedimientos,matrices,programas	P		P							
	E		E							
Conformación COPASST y CCL	P		P	P	P	P	P	P	P	
	E									
Reuniones Mensuales COPASST Y CCL	P			P	P	P	P	P	P	
	E			E						
Seguimiento al cronograma de capacitación	P		P	P	P	P	P	P	P	
	E		E	E						
Revisión y actualizacion de la cartelera informativa	P		P	P						
	E		E	E						
Seguimiento a los indicadores de gestion	P		P	P	P	P	P	P	P	
	E		E	E						
Entrega de Informes Mensuales con los componentes ambientales y SST (bitácora de obra y sus componentes técnico, administrtivo, A&SST, Social y bioseguridad)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	E		E	E						
Entrega de Informes Semanales (Registro fotografico con fechas)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	E		E	E						
Entrega de Informe Final	P									P
	E									
Instalación de Campamento	P		P	P						
	E		E	E						
Identificación y Control de riesgos	P	Siempre en obra								
	E									
Senalización de areas de trabajo(Banos, areas a intervenir, acopio de residuos, campamento, acopio de materiales, acceso a lugares restringidos, Cerramiento de obra)	P		P	P						
	E		E	E						
Medicina Preventiva										
Examenes de ingreso	P		P	P						
	E		E	E						
Entrega de recomendaciones medicas(Seguimiento)	P		P	P						
	E		E	E						
Analisis del Ausentismo Laboral,Indicadores	P		P	P	P	P	P	P	P	
	E									
Socialización Fichas de Datos de Seguridad	P	Cuando Aplique								
	E									
Rotulado de Sustancias Quimicas	P	Cuando Aplique								
	E									
Separación de residuos solidos	P	Siempre en el punto ecológico								
	E									
Orden y Limpieza de campamento	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	E		E	E						
Suministro de Agua Potable	P	Cuando sea necesario								
	E									
Seguridad Industrial										
Reporte e investigación de accidentes de trabajo	P	Cuando se presenten en obra								
	E									

Seguimiento al cronograma de Inspecciones	P			P	P	P	P	P	P	P									
	E			E	E														
Seguimiento al estado de la señalizacion y cerramiento	P			P	P	P	P	P	P	P									
	E			E	E														
Entrega y Reposición de EPP	P	Cada vez que haya ingresos o los entregados se deterioren																	
	E																		
Seguimiento al Uso de los EPP	P	Este seguimiento se hará diario en obra mediante revisión visual																	
	E																		
Seguimiento a las afiliaciones y pagos de seguridad social	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
	E			E	E	E	E												
Solicitar paz y salvo (incluye, arrendamiento campamento - oficina, baños, subcontratistas, personal administrativo y operativo)	P																	P	
	E																		
Plan de Emergencias																			
Conformacion brigadas-Formación	P			P															
	E			E															
Seguimiento Implementación plan de emergencias	P			P	P	P	P	P	P	P									
	E			E	E														
PESV																			
Diagnostico del pesv	P			P	P	P	P	P	P	P									
	E																		

ANEXO 2.5C ROLES Y RESPONSABILIDADES

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	26	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Socialización perfil del Cargo - Mision del Cargo - Funciones del Cargo - Responsabilidades y Competencias.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra Socialización Perfil del Cargo	X.	

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Harley Gómez Ramirez	9007[illegible]0095	Asist. Administrativo	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose E Ramirez	Firma	Jose E Ramirez

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogota	26	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Socialización. perfil del Cargo - Mision del Cargo - Funcionamiento del Cargo - Responsabilidades y Competencias
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra Socialización Perfil del Cargo.	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Sandra Milena Salcedo P.	53006368	Ayudante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R Parra	Firma	Jose R Parra

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	24	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Socializacion perfil del Cargo - Mision del Cargo - Funciones del Cargo - Responsabilidades Competencias.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra Socializacion Perfil del Cargo	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Miguel Guerrero C.	1087 748 909	oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R. Granados	Firma	Jose R. Granados

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	24	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cual? Socializacion. perfil del Cargo. - Mision del Cargo - Funciones del Cargo - Responsabilidades Competencias.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra Socializacion Perfil del Cargo.	X	

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Hubert Enrique Cote Sierman	1007573922	Atydante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R. Francisco	Firma	Jose R. Francisco

ANEXO 2.5D COPASST

	FORMATO	Código: FT-SGI-002
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

1. INFORMACIÓN BÁSICA		Acta Número	
Objetivo	Analizar, discutir y tomar decisiones sobre los riesgos laborales, así como promover acciones de mejora en seguridad y salud en el trabajo (SST)	Fecha	19-12-2025
		Duración	2 HORAS
Lugar	CAMPAMENTO CONSORCIO VB ADECUACIONES		

2. ASISTENCIA

Nombres y apellidos	Cargo en la empresa	Firma
FROILAN ANDRES COLORADO	INGENIERO RESIDENTE	
SONIA DEL ROCIO	RESIDENTE SOCIAL	
JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO	INSPECTOR SST	

3. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

Analizar, discutir y tomar decisiones sobre los riesgos laborales, así como promover acciones de mejora en seguridad y salud en el trabajo (SST)

4. ORDEN DEL DÍA

1- VERIFICACION DEL QUORUM
2- ACCIDENTALIDAD, ENFERMEDAD LABORAL Y AUSENTISMO
3- ACTIVIDAD COPASST
4- RETROALIMENTACION POLITICAS
5- SEGUIMIENTO TAREAS
6- PROPOSICIONES Y VARIOS

	FORMATO	Código: FT-SGI-002
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

5. TEMAS TRATADOS Y DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1) Por medio de la presencialidad se realizó reunión mensual por parte de los representantes del empleador y de los trabajadores, cuyo número están determinados por la resolución 2013 de 1986, los cuales se presentan en la lista de asistencia.

   La presidencia del COPASST verifica el cumplimiento del mínimo de asistentes requeridos para dar comienzo a la reunión correspondiente al comité del mes de diciembre.

2) **Accidentalidad:** Para el mes de diciembre no se presentan accidentes de trabajo.
   - **Severidad:** con relación a la severidad de la accidentalidad para el mes de diciembre no se presento un aumento de esta debido a que no se reportaron incapacidades por accidentes de trabajo.
   - **Ausentismo:** para el mes de diciembre no se reportaron días de ausentismo por enfermedad general.
   - **Enfermedad laboral:** para el mes de diciembre no se presentaron casos de enfermedad laboral.
   - **Casos de salud:** En cuanto a los casos de salud no se tienen casos activos.

3) **Actividades COPASST:**

   Capacitaciones: Con relación al ciclo de capacitaciones se tiene programada una capacitación por parte de la ARL a los integrantes del COPASST la cual ya se ejecutó el día 25-11-2025.

4) **Retroalimentaciones políticas:** por parte del área SST se realiza divulgación de políticas de NO consumo alcohol drogas y tabaco a todo el personal.

5) **Seguimiento a Tareas:**

TAREA	ESTADO	OBSERVACION
Conformación COPASST	EJECUTADO	20-11-2025

6) **Proposiciones y varios:** Siendo las 4:35pm y cumpliendo el objetivo se da por terminada la reunión en constancia firman asistentes a la reunión.

6. EVIDENCIA

	FORMATO	Código: FT-SGI-002
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

7. COMPROMISOS			
NO	COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Ninguno	N. A	N. A

8. PRÓXIMA REUNIÓN
19 de enero de 2026

ANEXO 2.5E CCL

	FORMATO	Código: FT-SST-014-1
	ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA

Fecha:19-12-2025	Lugar: CAMPAMENTO CONSORCIO VB ADECUACIONES	
Hora Inicial: 2:35 PM	Hora Final: 4:35 PM	Acta N° 001

Agenda:	ASISTENTES:	CARGOS:
1. Verificación Quorum 2. Capacitaciones realizadas 3. Revisión quejas 4. Asuntos varios 5.Definición de fecha próxima reunión. 6.Cierre de la reunión. 7.Firma del acta	Andrés Colorado.	Residente Obra.
	Jhon del Mar Jiménez	Residente SST

DESARROLLO DE LA AGENDA DEL COMITÉ

1. VERIFICACION QUORUM

Por medio de la presencialidad se realizó reunión mensual por parte de los representantes, los cuales se presentan en la lista de asistencia.

La presidencia del CCL verifica el cumplimiento del mínimo de asistentes requeridos para dar comienzo a la reunión correspondiente al comité del mes de diciembre.

2. CAPACITACIONES REALIZADAS

Se revisa plan de capacitación para verificar el cumplimiento de las capacitaciones dirigidas a la prevención del riesgo psicosocial.

Con relación al ciclo de capacitaciones se tiene programada una capacitación por parte de la ARL a los integrantes del CCL la cual ya se ejecutó el día 02-12-2025.

3. REVISION DE QUEJAS

No se presentan quejas en este periodo

4. DEFINICIÓN DE FECHA DE LA PROXIMA REUNIÓN.

Próxima reunión el 19 – 01 - 2026

5. CIERRE DE LA REUNIÓN.

Siendo las 4:35pm y cumpliendo el objetivo se da por terminada la reunión en constancia firman asistentes a la reunión.

6. FIRMA DEL ACTA

En constancia firman,

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Andrés Colorado	860666[illegible]	
Juan del Prado Sánchez	52.330.248	

ANEXO 2.5F CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

	PROGRAMA DE CAPACITACIONES	Versión Actual:
	MATRIZ	3
	CAPACITACIONES	Fecha Emisión: 22/05/2019

OBJETIVO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	Capacitar a los trabajadores de Atención Social Integral, garantizando la formación necesaria en los temas principales en cuanto al sistema de gestión integral HSEQ y capacitaciones para el cumplimiento básico y legal.

METAS	INDICADORES
Cumplir con el 90% de las capacitaciones programadas.	(Capacitaciones ejecutadas / Capacitaciones programadas)*100
Lograr una eficacia del 90% en las capacitaciones ejecutadas.	(No. de capacitaciones aprobadas / No. de capacitaciones realizadas)*100
Dar cobertura de capacitación al 90% a los trabajadores.	(No. de trabajadores capacitados / No. de trabajadores programados)*100

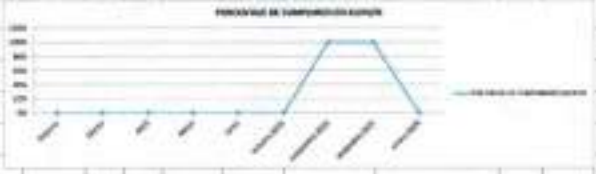
	FORMATO	Código: F1-SA1-005
	CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES SST	Fecha: 13/05/2020
		Versión: Original
FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN:	13/05/2020	
CAPACITACIONES PROGRAMADAS:	47	
CAPACITACIONES EJECUTADAS:	5	

ITEM	TEMA/PERIODO	SUBTEMA	DIRIGIDA A	No. TRABAJADORES PROGRAMADOS	No. TRABAJADORES CAPACITADOS	No. DE TRABAJADORES APROBADOS EN LA CAPACITACIÓN	No. DE TRABAJADORES REPROBADOS EN LA CAPACITACIÓN	% EFECTIVIDAD	CAPACITADOR	FECHA PROGRAMADA	OBSERVACIONES	enero-2020		febrero-2020		marzo-2020		abril-2020		mayo-2020		octubre-2020		noviembre-2020		diciembre-2020	
	Seguridad y Salud en el Trabajo											P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	INDUCCION SST Y MIL	Inducción General Sig y Vial. Riesgos,políticas,Reglamentos,procedimientos, matrices,programas	Trabajadores de la obra	50	50	0	50	0	1.00	Profesional SST	A momento del ingreso	A momento del ingreso por ejecutar															
2	EMERGENCIAS	Primeros Auxilios, Conformación de Brigadas	Trabajadores de la obra	50	50	0	50	0	1.00	Profesional SST	En el mes programado															1	0
3	PSICOSOCIAL	Manejo del estrés. Trabajo en equipo Manejo del tiempo.Respeto.Manejo de emociones	Trabajadores de la obra	51	51	0	51	0	1.00	Profesional SST	En el mes programado															1	1
4	COMITES	Funciones Responsabilidades	Trabajadores de la obra	51	0	0	0	0	1.00	Profesional SST	En el mes programado															1	1
5	VIAL	Programas viales Riesgos viales	Trabajadores de la obra	50					1.00	Profesional SST	En el mes programado	1															
6	HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y MEDICINA PREVENTIVA	Alimentación Sana Exigencias Higiene Postural Reporte de condiciones inseguras	Trabajadores de la obra	51					1.00	Profesional SST	En el mes programado		1														
				51	51	0	51	0	1			1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

ASPECTO A EVALUAR	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	octubre-2020	noviembre-2020	diciembre-2020	enero-2021	abril-20
CAPACITACIONES PROGRAMADAS MES	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
CAPACITACIONES EJECUTADAS MES	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	100%	100%	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EJECUTADO



ASPECTO A EVALUAR	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	2020
TOTAL DE TRABAJADORES QUE APROBARON											
TOTAL DE TRABAJADORES QUE REPROBARON											
No. DE TRABAJADORES CAPACITADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORCENTAJE EFECTIVIDAD	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!

ASPECTO A EVALUAR	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	2020
No. DE TRABAJADORES PROGRAMADOS EN EL MES											
TOTAL DE TRABAJADORES CAPACITADOS											
PORCENTAJE DE COBERTURA	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!	#¿DIV/0!

ELABORÓ:	Yenny Cuesta Palacios	REVISÓ Y APROBÓ:	
CARGO:	Ingeniera Ambiental, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo	CARGO:	

Colmena Seguros

REGISTRO DE ASISTENCIA

Empresa: ___Consorcio VB adecuaciones_____
Nombre de la Actividad: _Capacitacion COPASST_____
Fecha Actividad: ____25-11-23_____
Horario Actividad: ___8:00 am -10:00 am_____

Orden de Servicio: _____
Ciudad / Área: ___Bogotá_____
Lugar:__Meet_____
Facilitador: ___Leydy Morales_____

No.	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	SONIA DEL ROCIO SANCHEZ FORERO	52330246	TRABAJO SOCIAL	SONYSANCHEZ
2	Yenny Cuesta	1077435248	Residente Ambiental y SST	consorcio.vbadecuaciones@gmail.com
3	Andrés felipe López sua	1010234991	Auxiliar de ingeniería	Susandres19@gmail.com
4	José Rodrigo granada palacio	3188298	Inspector sst	rgp830111@hotmail.com
5	Andrés Colorado	86066629	Residente de Obra	Consorcio.vbadecuaciones@gmail.com
6	Brandon Quintero Samaca	1000515115	Conductor	brandonquintero0522@gmail.com
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones
definiciones, funciones, roles, conformacion reuniones, marco legal.

Colmena Seguros

REGISTRO DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN

Ciudad: Bogotá DC
Empresa: Consorcio VB Adecuaciones
Contrato: 1205211

Facilitador: Adriana Katherine Cruz Espinel
Teléfono: 3046298901
Tema: Capacitación y asesoría al Comité de Convivencia Capacitación en Funcionamiento y responsabilidades / actualización de Normatividad en prevención de Acoso Laboral.

Fecha: 2/diciembre/2025
Hora de Inicio: 8:30am
Hora Fin: 9:50am

No	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	MARILUZ MORALES ACEVEDO	52468010	Residente SSTA	Formulario Google
2	SONIA SANCHEZ	52330248	RESIDENTE SOCIAL	Formulario Google
3	ANDRÃ‰S COLORADO	86066629	RESIDENTE TÃ‰CNICO	Formulario Google
4	Yenny Yulisa Cuesta Palacios	1077435248	Residente Ambiental y SST	Formulario Google
5	JOSE RODRIGO GRANADA PALACIO	3186298	INSPECTOR SST	Formulario Google
6	BRANDON QUINTERO	1000515115	CONDUCTOR	Formulario Google
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Adriana Katherine Cruz Espinel
NOMBRE DEL FACILITADOR

FIRMA

ANEXO 2.5G REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	9	12	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción		¿Cuál? Psicosocial- Manejo del Estres -Trabajo en Equipo.- Manejo del Tiempo- -Respeto - Manejo de emociones.
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Sandra Milena Salcedo P	53006368	Ayudante	
2	[illegible] A. Gaviria C.	10 [illegible] 194 904	Oficial	
3	Hubert Colex Germán	900757[illegible]72	Ayudante	
4	Benjamin Ramos	85203986	Oficial	
5	[illegible] Ramos	1095[illegible]690	Ayudante	
6	Pablo Santa	93124203	m/e	
7	Yeiferson Rafaela Pinos	1074[illegible]1247	auxiliar	
8	Cristian David Martinez Duran	1015452938	Auxiliar	
9	M. Alfonso Ventura	80.372995	OF	
10	[illegible]	79 724 837	of	
11	Anselmo Montoya S	9534771	OF	
12	Eliecer Mora	1026274534	OF	
13	Alexis Cuervo C.	80063 858	of.	
14	Luis Alberto Lara S	80 813 423	OF	
15	Fernando Sanchez Campos	1000621968	INSPECTOR	
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R. Granados	Firma	Jose R. Granados.

ESTRÉS

El estrés es una **respuesta** natural del cuerpo ante **situaciones que percibe como amenazantes o demandantes.** Esta reacción activa mecanismos físicos y mentales para ayudarnos a enfrentar retos, pero cuando se prolonga o se vuelve intenso, puede afectar nuestra salud y bienestar.



1 ESTRÉS POSITIVO

Es el tipo de estrés que nos motiva, nos ayuda a enfrentar desafíos y a realizar nuestras tareas. Por ejemplo, la energía que sentimos antes de una competencia o una presentación importante.



ESTRÉS NEGATIVO 2

Es el estrés que se vuelve dañino para el cuerpo y la mente. Este ocurre cuando las situaciones se sienten incontrolables o abrumadoras, como problemas financieros o de salud, y puede llevar a consecuencias negativas para la salud.



SÍNTOMAS DEL ESTRÉS

- **Síntomas físicos:** Dolores de cabeza, tensión muscular, problemas digestivos, fatiga.
- **Síntomas emocionales:** Ansiedad, irritabilidad, tristeza.
- **Síntomas conductuales:** Problemas de sueño, cambios en el apetito, aislamiento.

El estrés es el problema de salud más adquirido EN EL MUNDO!!

DESÓRDENES PSICOSOMÁTICOS

Los desórdenes psicosomáticos son **condiciones de salud** en las que factores emocionales, como el estrés, la ansiedad o la tristeza, tienen un impacto directo en el cuerpo, **manifestándose en síntomas físicos.** En estos casos, el cuerpo reacciona a las emociones o tensiones mentales, produciendo o agravando enfermedades físicas reales.





EJEMPLOS DE DESÓRDENES PSICOSOMÁTICO:

- **Úlceras gástricas:** Pueden desarrollarse o empeorar debido a altos niveles de estrés o ansiedad, ya que el cuerpo produce más ácido en el estómago.
- **Problemas de la piel:** Afecciones como el acné, la psoriasis o el eczema pueden empeorar con el estrés emocional.
- **Hipertensión:** El estrés crónico puede contribuir a una presión arterial alta, lo que afecta la salud cardiovascular.
- **Problemas digestivos (como el síndrome de intestino irritable):** Los altos niveles de ansiedad y estrés pueden alterar el funcionamiento del sistema digestivo, causando dolor, diarrea o estreñimiento.

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y DESÓRDENES PSICOSOMÁTICOS



EL IMPACTO DEL ESTRÉS CRÓNICO EN EL CUERPO:

El estrés crónica, puede **debilitar el sistema inmune**, haciendo al cuerpo más vulnerable a infecciones y enfermedades. Esta sobrecarga de estrés también **aumenta la producción de hormonas** como el cortisol, que en exceso pueden provocar inflamación, alterar la digestión, y elevar la presión arterial. Con el tiempo, estos efectos físicos pueden convertirse en **problemas de salud graves**, afectando el corazón, el sistema digestivo, y otros órganos.



LA CONEXIÓN ENTRE MENTE Y CUERPO:

Los desórdenes psicosomáticos reflejan la estrecha **relación entre las emociones y el estado físico.** La mente y el cuerpo están interconectados, y lo que experimentamos emocionalmente puede manifestarse físicamente. Por ejemplo, la ansiedad o el miedo pueden producir síntomas como dolores musculares, migrañas, o problemas digestivos. Entender esta conexión ayuda a **reconocer que el bienestar mental es tan importante como el físico, ya que uno afecta directamente al otro.**

TIPS PARA PREVENIR EL ESTRÉS LABORAL

- Realizar dos pausas activas durante la jornada laboral.
- Respeta tu horario de almuerzo.
- Concéntrate en las tareas logradas y no las que se encuentran pendientes.
- Mantén una buena relación con tu ámbito laboral.

ACTUA PARA CONTROLAR EL ESTRES

- Técnicas de relajación, respiración profunda, meditación, y/o yoga.
- Socializar con familiares y amigos.
- Mantener un buen sentido del humor.

CONSEJOS PARA REDUCIR EL ESTRÉS

- Sé positivo en tu día laboral.
- Recupera el control de ti mismo.
- Disfruta de tu jornada laboral.
- Trata de no preocuparte.



MANEJO DE HÁBITOS SALUDABLES Y MITIGACIÓN DEL ESTRÉS



	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 09-12-2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Huberto Ceres CARGO: Aruchante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafío o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre o:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

José R. Benavides
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática expuesta

SOS

	FORMATO	Código: FT-GAT-003.0
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 09/12/2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CARGO: Auxiliar

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones: —

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B: Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situación que amenaza la vida
X)es la reaccion del cuerpo a un desafío o demanda
c)es un evento que se produce en la etapa deñ sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

X)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

—

Respuesta

—

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

José R Fuentes
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

*El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida

S06

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 09/12/25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible] CARGO: Oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:
- B: Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre s:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M
	X		

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Arrieta
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la tematica impartida.

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Miguel Guerrero C. CARGO: OFICIAL

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida X
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las teoricas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R Ramirez
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

*El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática expuesta

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 12/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	12/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Pablo Santana CARGO: Auxiliar

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:

- B : Bien X
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R Arandes
Firma Responsable Capacitación

Pablo Santana M
Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la pregunta de acuerdo con la temática impartida.

	FORMATO	Código: FT-GAT-002-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 09 - 12 - 2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Sandra Salcedo CARGO: Ayudante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada		X		
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		X		
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		X		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		X		
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B: Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
X)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
X)Planeacon organización y gestion del tiempo
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose R. Quintero
Firma Responsable Capacitación

Sandra Milena Salcedo
Firma Trabajador

*El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida

	FORMATO	Código: FT-GAT-803-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Angelvis Vanlop CARGO: OF

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		X		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación				
2	Horario de la capacitación				
3	Salón de la capacitación				
4	Ayudas y material empleados				

Observaciones: —

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e

Respuesta

a)Acoso laboral y estres
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

—

Respuesta

—

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose E. Ramirez
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida.

	FORMATO	Código: FT-GAT-083-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Eliecer Mora CARGO: oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz X
c)Planeacion organización y gestion del tiempo
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose L Granados
Firma Responsable Capacitación

Eliecer
Firma Trabajador

*El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Cristian Martinez. CARGO: Auxiliar

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas segun la siguiente escala:

- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estres es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa defi sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo X
d)Ninguno de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado	

Jose R. Oñorbe
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yolvison Restrepo CARGO: ayudante

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos		X		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda +
cles un evento que se produce en la etapa deñ sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo +
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado	

Jose R. Arboleda
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la tematica impartida

S10

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Alberto Lata CARGO: oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor				

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:

- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estres e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose A. Posada
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nelson Mosca CARGO: Oficila

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual	X			
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor	X			

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estrs e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo X
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

José R. Pravia
Firma Responsable Capacitación

Nelson Mosca
Firma Trabajador

SM

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida.

	FORMATO	Código: FT-GAT-003-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/06/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/06/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRES-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alexis Cuervo C. CARGO: otic.

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema	X			
2	Metodología empleada	X			
3	Manejo del grupo	X			
4	Solución de inquietudes	X			
5	Puntualidad	X			
6	Manejo del tiempo	X			

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos	X			
2	Profundidad en los contenidos	X			
3	Orden en la presentación de los contenidos	X			
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		X		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido	X			
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor				

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación	X			
2	Horario de la capacitación	X			
3	Salón de la capacitación	X			
4	Ayudas y material empleados	X			

Observaciones:

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:

- B : Bien X
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estrés es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda X
c)es un evento que se produce en la etapa del sueño
d) Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacion organización y gestion del tiempo X
d)Ninguno de las anteriores

Calificación	B	R	M
	X		

Pregunta 3

Respuesta

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	X	Desaprobado		

Jose Quinder
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la temática impartida.

	FORMATO	Código: FT-GAT-063-2
	EVALUACIÓN CAPACITACIÓN	Fecha: Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	13/08/2025

ÁREA DE LA CAPACITACIÓN: SST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: MANEJO DEL ESTRÉS-TRABAJO EN EQUIPO- MANEJO DEL TIEMPO -RESPETO-MANEJO DE EMOCIONES

FECHA: 9-12-25

NOMBRE DEL TRABAJADOR: alfonso Ventura CARGO: oficial

Esta evaluación tiene como objetivo medir las fortalezas y oportunidades de mejoramiento del programa de capacitación, de tal forma que basados en sus apreciaciones se pueda optimizar. Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva e imparcial.

Evaluación capacitación

Califique cada uno de las siguientes variables de acuerdo con su percepción, teniendo en cuenta la siguiente escala:
- E (excelente): Se superaron mis expectativas.
- B (bueno): Se cumplieron mis expectativas.
- R (regular): Se cumplieron parcialmente mis expectativas.
- M (malo): No se cumplieron mis expectativas.

Capacitador		E	B	R	M
1	Conocimiento y dominio del tema		✓		
2	Metodología empleada		✓		
3	Manejo del grupo		✓		
4	Solución de inquietudes		✓		
5	Puntualidad		✓		
6	Manejo del tiempo		✓		

Contenido		E	B	R	M
1	Cumplimiento de los contenidos propuestos		✓		
2	Profundidad en los contenidos		✓		
3	Orden en la presentación de los contenidos		✓		
4	Relación del contenido con mi trabajo habitual		✓		
5	Aplicabilidad inmediata del conocimiento adquirido		✓		
6	Fortalecimiento de mis competencias para el desempeño de mi labor		✓		

Logística		E	B	R	M
1	Oportunidad en la convocatoria y comunicación de la capacitación		✓		
2	Horario de la capacitación		✓		
3	Salón de la capacitación		✓		
4	Ayudas y material empleados		✓		

Observaciones: —

Evaluación del aprendizaje

Responda las siguientes preguntas que el facilitador formule.
Las repuestas serán calificadas según la siguiente escala:
- B : Bien
- R: Regular
- M: Mal

Pregunta 1

El estres es:

Respuesta

a)Una situacion que amenaza la vida
b)Es la reaccion del cuerpo a un desafio o demanda ✓
c)es un evento que se produce en la etapa deñ sueño
d) Ninguno de las anteriores

Calificación	B	R	M
	✓		

Pregunta 2

Una de las tecnicas para el manejo del estre e:

Respuesta

a)Acoso laboral y estrés
b)Comunicación Ineficaz
c)Planeacon organización y gestion del tiempo ✓
d)Ninguna de las anteriores

Calificación	B	R	M
	✓		

Pregunta 3

—

Respuesta

—

Calificación	B	R	M

Calificación final	Aprobado	✓	Desaprobado		

Jose R Ramirez
Firma Responsable Capacitación

Firma Trabajador

**El capacitador debe formular la preguntas de acuerdo con la tematica expuesta.

512

ANEXO 2.5H REGISTRO DE ASISTENCIA A INDUCCION SST

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	2A	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cual? Manejo ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la obra - Explicación sobre las necesidades de Atender y Aplicar las Normas de seguridad y Salud en el trabajo - Funcionamiento del Sistema Social. EPS - AFP - ARL - Aspectos de seguridad y salud en el trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. - Identificación de Peligros - Evaluación y Valoración de Riesgos Incluido los Elementos de Protección Personal. - Según Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencia. - Socialización Política y
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Huberto Enrique Cotes Guerrero	1007573122	Aprendiz	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R Francisco	Firma	Jose R. Francisco

S19

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	29	11	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo Ambiental de Obra MAO - Buenas Practicas ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la obra - Explicación sobre las Necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social - EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial - Identificación de Peligros - Evaluación y Valoración de Riesgos incluyendo los Elementos de Protección personal - Seguro Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencia - Sensibilización Política
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Miguel Guevara C.	1087 198 909	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose Rodrigo Francelen	Firma	Jose R Francelen

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	24	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de obra MAC - Buenas practicas ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la obra, Explicacion sobre las Necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - funcionamiento del Sistema Social EPS - AFP - ARL, Aspectos de Seguridad Industrial, Identificacion de Peligros - Evaluacion y Valoracion de Riesgos - Incluidos los elementos de Proteccion personal, segun Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencias - Socializacion Politicas
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Valeria Rocio Rios	1019424242	AA	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R Ramirez	Firma	Jose R Ramirez

SIS

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	29	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cual? Manejo ambiental de Obra MAP - Buenas Practicas ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la Obra explicacion sobre las Necesidades de Atencion y Aplicar las Normas de seguridad y Salud en el trabajo Funcionamiento del Sistema Social EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad. Industrial. - Identificacion de Peligros - Evaluacion y Valoracion de Riesgos - Incluidos los Elementos de Proteccion Personal - Segun Riesgo - Reporte de AT y Incidente - Plan de Emergencia - Socializacion. Politicas
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Cristian Martinez Duran	1015452938	AY	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose R Premeda	Firma	Jose R Premeda

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Bogotá	26	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cuál? Manejo ambiental de obra MAO - Buenas Practicas ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la charla - Explicación sobre las necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social - EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad Industrial - Identificación de Peligros - Evaluación y Valoración de Riesgos - Incluido los Elementos de Protección Personal Según Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencia - Socialización Política
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Harley Gómez Ramírez	9087095	Asistente administ	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Jose R Granados | Firma: Jose R Granados

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogota	Bogota	26	11	25

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción - Reinducción	X	¿Cual?Manejo ambiental de Obra: MAO - Buenas Practicas Ambientales - Importancia - Utilidad y magnitud de la obra Explicacion Sobre las necesidades de Atender y Aplicar las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del Sistema Social - EPS - AFP - ARL - Aspectos de Seguridad Industrial Identificacion de Peligros - Evaluacion y Valoracion de Riesgos - Incluyendo los Elementos de Proteccion Personal Segun Riesgo - Reporte de AT y Incidentes - Plan de Emergencias - Socializacion Politicas-
Charla de seguridad		
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST		
Capacitación especifica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadania	Cargo	Firma
1	Sandra Milena Salcedo R	53006368	Ayudante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre	Jose E. Otalvaro	Firma	Jose E. Otalvaro

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Cristian Martinez FECHA: 24/11/2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso imprevisto que sufre una persona en el trabajo y genera una lesión consecuencia frente a fenómenos en el entorno laboral

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Acto: Cuando una persona se pone en peligro por descuido
2. Condición: Situación del ambiente de trabajo o lugar

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Reportar estado de salud
2. Reportar Condiciones y actos inseguros

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

[ ]

B. 

[X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del psev
Control voluntad
Desatracones
No alcohol y drogas

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-005
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Hurley Gomez Ramirez FECHA: 26/11/2025
CARGO:

1. Qué es un accidente de trabajo?: Suceso repentino por causa u ocasión del trabajo que me puede causar una perturbación funcional, incapacidad o la muerte

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. No usar los elementos de protección personal
2. Excavaciones sin delimitar

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Casco
2. Botas
3. Protección auditiva

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Seguir los procedimientos de seguridad establecidos por la empresa
2. Reportar los actos y condiciones inseguras

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A. 

B. 

X

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del peav
Seguridad, Velocidad, distracción

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Hubeto Cotes FECHA: 24-11-2025
CARGO: Ayudante

1. Qué es un accidente de trabajo?:

Un accidente es cuando sucede algo en horario de trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:

1. Es cuando estamos expuestos [illegible] peligrosamente
2.

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:

1. Casco
2. Guantes
3. Botas

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:

1. Cumplir con todas las actividades [illegible]
2. Usar todos los elementos de protección

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

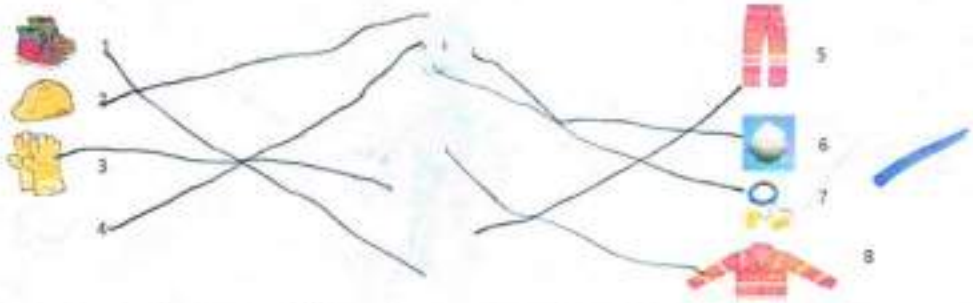
A. 

[ ]

B. 

[X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Reciclable No aprovechable Aprovechable Otros



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv

Seguridad Distracción

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Miguel Guerrero FECHA: 24-11-2025
CARGO: OFICIAL

1. Qué es un accidente de trabajo?: Todo actual que se presente en su horario laboral o frente de obra

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. Trabajar sin los elementos de seguridad
2.

3.Mencione 3 elelementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1 Overol
2 Casco
3 botas de seguridad

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos preventirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1 Usar los Elementos de Proteccion Personal
2 reportar cual quier accidente de trabajo

6. De las siguientes imagenes señalo con una X cual es la correcta:

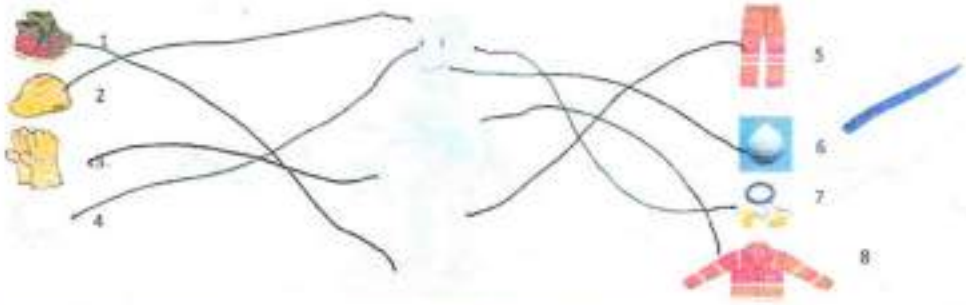
A. 

[ ]

B. 

[X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Aprovechable | No Aprovechable | Aprovechable.



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Velocidad
Distracion

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Sandra Milena Salcedo FECHA: 26 - 11 - 2025
CARGO: Ayudante de obra

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Es todo aquel que se ocasiona con cualquier lesión

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1. No utilizar los EPPS
2. Las condiciones del tramo no son las adecuadas

3. Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1. Guantes
2. Gafas
3. Casco

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		X
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		X

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Utilizar los EPP obligatoriamente
2. Reportar todo tipo de Anomalia En Cuanto a Salud

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:



7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Residuos Aprovechables | Residuos Contaminados | Residuos Orgánicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
Velocidad
Distracion
Seguridad

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-008
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - OBRA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

NOMBRE: Yeferson Fontecha FECHA: 24/11/2025
CARGO: Aprendiz

1. Qué es un accidente de trabajo?:
Suceso que genera consecuencia física o Psicologica debido al trabajo

2. Escriba un ejemplo de acto inseguro y uno de condición insegura:
1 acto: Situación en la que un trabajador se expone a un riesgo Por descuido Propio
2 Condición: situación del ambiente o Lugar del trabajo

3.Mencione 3 elementos de protección personal - EPP necesarios para la labor que realiza:
1 Casco
2 botas
3 Guantes

4. Señale Falso (F) o Verdadero(V) según corresponda:

	F	V
A. Los actos inseguros y condiciones de seguridad podemos prevenirlos para evitar accidentes de trabajo		✓
B. El reporte de accidentes y enfermedades laborales debe ser una obligación por parte del trabajador		✓

5. Mencione 2 responsabilidades que usted como trabajador debe tener en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST:
1. Usar EPP's y dotación
2. Reportar actos y condiciones del lugar de trabajo

6. De las siguientes imagenes señale con una X cual es la correcta:

A.  [ ]

B.  [X]

Ubique correctamente los números de cada imagen en la ilustración de la silueta de la persona:







7. Escriba arriba de cada contenedor, el tipo de residuo al que corresponde cada color:

Aprovechable | No aprovechable | Organicos



- Residuos Aprovechables
- Residuos Orgánicos Aprovechables
- Residuos No Aprovechables

8. Nombre los programas del pesv
control velocidad
Politica de alcohol y drogas
Distraccion

APROBADO

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 24 Noviembre 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Cristian Martinez CEDULA: 1015452938

AREA/SECCION: Operativo CARGO: Auxiliar

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose E Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1.00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
c.c. 1015452938

Firma de Responsable del SG-SST
C.C.

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 26/11/2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Yulky Gómez Ramirez CEDULA: 80870045

AREA/SECCION: Administrativo CARGO: Asistente administrativo

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Ridaya Gonzalez

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 80870045

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1044332493

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 24-11-2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Huberto Enrique Cotes S. CEDULA: 1007573421

AREA/SECCION: tecnicomecanico CARGO: Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: JOSE Robrego

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Huberto Cotes
Firma del Trabajador
C.C. 1007573421

Yeluly Cotes
Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077473248

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 24-11-2025 **INDUCCIÓN** [SI] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: MIGUEL GUERRERO C. **CEDULA:** 1087148404

AREA/SECCION: TECNICO OPERATIVO **CARGO:** OFICIAL

ENCARGADO DE LA INDUCCION: JOSE YADY890

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías Internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1087148404

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1090353113

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)

FECHA: 26 - 11 - 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Sandra Salcedo CEDULA: 53006368

AREA/SECCION: Tecnico operativo CARGO: Ayudante de obra

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Rodrigo Granados

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas:

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guias-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías internas y externas.

5) Programas y procedimientos.

6) Bases del sistema de seguridad social.

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLOGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 53006368

Firma de Responsable del SG-SST
C.C. 1077435290

	FORMATO	Código: FT-GAT-006
	REGISTRO INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL (SGI)	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SISTEMA DE GESTION INTEGRAL (SGI)

FECHA: 24 Noviembre 2025 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Yeiferson Fontecha Rivas CEDULA: 1077424242

AREA/SECCION: Operativo CARGO: Ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Jose R. Fontecha

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra compañía las políticas, procedimientos y normas del Sistema de Gestión Integral establecidas, y, así promover y preservar la salud de los trabajadores, la protección al medio ambiente y la satisfacción del cliente en la inducción al nuevo trabajador y reinduccion anual al personal antiguo se imparten los siguientes temas.

1) Política de Gestión Integral.

2) Mapa de Procesos de la Organización.

3) Estructura y Control Documental (Manuales, Planes, Programas, Procedimientos, Instructivos-Guías-Reglamentos, Fichas Técnicas, Formatos).

4) Auditorías internas y externas.

5) Programas y procedimientos

6) Bases del sistema de seguridad social

7) Conceptos básicos de seguridad y salud en el trabajo, medio ambiente y calidad.

8) Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

9) Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL de la empresa.

10) Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa, PAPSO.

11) Comites, Plan de Emergencias,Plan estrategico de seguridad vial.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES	LOCATIVO	ELECTRICO
BIOLOGICO		

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos del Sistema de Gestión Integral dados por la empresa para el desarrollo seguro, responsable y con calidad de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales del Sistema de Gestión Integral de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.

Firma del Trabajador
C.C. 1077424242

Firma de Responsable del SG-SST
C.C.

ANEXO 2.5I PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

Colmena Seguros

CER-195.481

Certifica que la empresa CONSORCIO VB ADECUACIONES identificada con NIT 901953312 afiliada a la Administradora de Riesgos Laborales, realizó la autoevaluación de su SG-SST en la fecha 11/12/2025 conforme a la tabla de valores y calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, mediante el diligenciamiento del formulario de evaluación establecido en el artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019, la cual arroja un resultado total de 100 %:

CICLO	ESTÁNDAR	CALIFICACION
Planear	Recursos	100 %
	Gestión Integral	100 %
Hacer	Gestión de la salud	100 %
	Gestión de Peligros y Riesgos	100 %
	Gestión de Amenazas	100 %
Verificar	Verificación del SGSST	100 %
Actuar	Mejoramiento	100 %
TOTAL		100 %

La presente certificación se expide a solicitud de la empresa a 06/01/2026

Cualquier inquietud adicional ponemos a su disposición a nuestra Línea Efectiva 401 04 47 en Bogotá y 018000 9 19 667 en el resto del país.

Colmena Seguros comprometida con la información requerida para el adecuado desarrollo de la Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo

Atentamente,

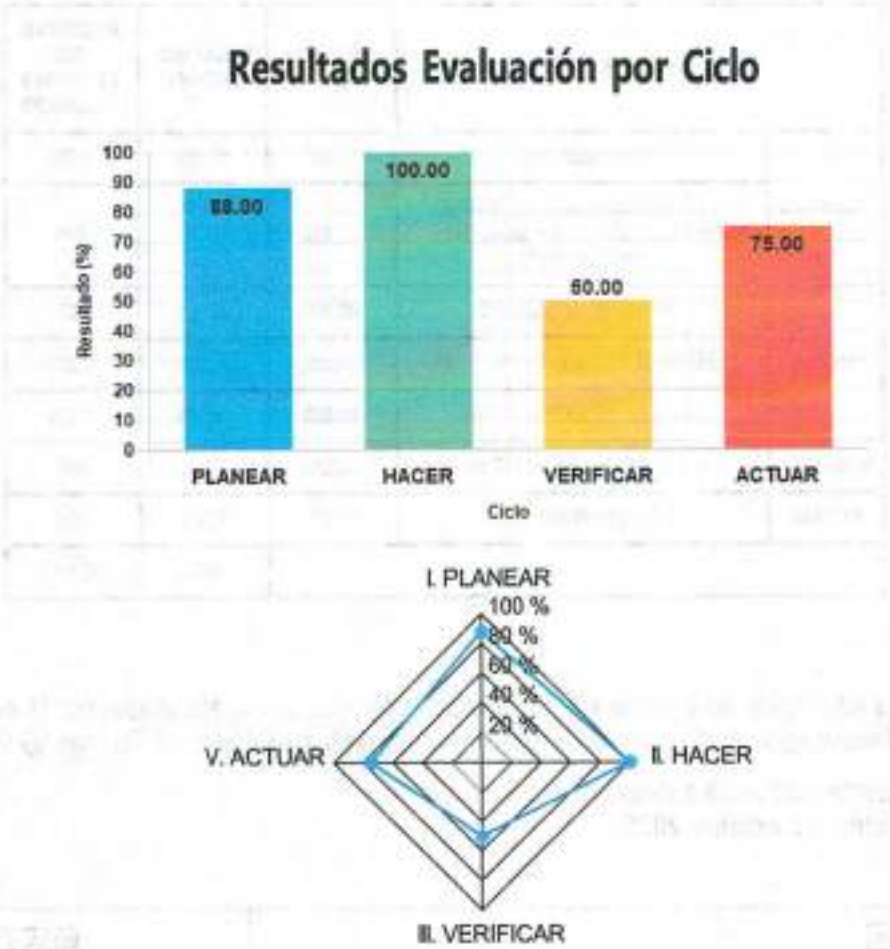
Gerente Prestación de Servicios de Prevención
Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

CONSTANCIA

Positiva Compañía de Seguros S.A,. hace constar que la empresa **Demoliciones H&D S.A.S**, identificada con **NI 9001296539** afiliada en el ramo de riesgos laborales, aplicó el **13/10/2025** la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para la vigencia **2025** conforme a la Resolución **0312 del 2019**. Aplicando el capitulo **III** y obteniendo un resultado del **92,00%**, **ACEPTABLE**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CICLO	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL CICLO OBTENIDO
PLANEAR	25,00%	22,00%	88,00%
HACER	60,00%	60,00%	100,00%
VERIFICAR	5,00%	2,50%	50,00%
ACTUAR	10,00%	7,50%	75,00%
TOTAL	100%	92,00%	92,00%

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Resultados Evaluación por Estándar



ESTANDAR		RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DEL ESTANDAR EVALUADO
PLANEAR	1 RECURSOS (10%)	10,00%	10,00%	100%
	2 GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)	15,00%	12,00%	80%
HACER	3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	20,00%	20,00%	100%
	4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	30,00%	30,00%	100%
	5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	10,00%	10,00%	100%
VERIFICAR	6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	5,00%	2,50%	50%
ACTUAR	7 MEJORAMIENTO (10%)	10,00%	7,50%	75%
			TOTAL	92,00%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Las actividades a desarrollar de acuerdo a los resultados obtenidos, serán ejecutadas por la empresa como parte de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.
Fecha de expedición: **13 octubre 2025**.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando clíck en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/EvaluacionEstandarMinimo/BCEnl?token=31FeqFly2PiX+Kh2aWLn2w==)

Para verificación de Positiva

ANEXO 2.5J REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

	FORMATO	Código: FT-SST-096
	REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Fecha: 1/08/2025
		Versión: Original

D	M	A	1. Tipo de Reporte: *Marque con una "X"*
04	12	2025	X Condición subestándar ___ Acto Inseguro ___ Riesgo ambiental ___ Incumplimiento de requisitos

2. Descripcion del reporte detectado: (Responda a los siguientes interrogantes: Qué, Cuando, Donde, Con qué, Quienes, por qué, etc)

Exposición a cantidad de Bacterias en suspensión, los colaboradores se exponen al riesgo biologico, Exposición a bacterias Virus, Picaduras de insectos

Firma Quien Reporta

Jose P. Granados
Firma Quien Recibe Reporte

Nombre del que reporta : Fernando Suarez

Área: SST

Nota: *Para reportar Condiciones y/o Actos inseguros solo diligencia lo parte 1 y 2 de este formato, el resto es responsabilidad de HSEQ.*

3. Plan de Acción a Implementar:

ACCIONES A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN D	M	A	RESULTADO DE SEGUIMIENTO
Charla con el Personal	Fernando S	09	12	2025	Cumplimiento con los asistentes
Uso de overol establecidos	Fernando S	09	12	2025	Para mitigar la exposición
Humectación con pilas de EPP's	Fernando S	09	12	2025	

PLAN DE ACCIÓN APROBADOR POR: Jose P. Granados

CARGO: Inspector SST

FECHA: 05/12/2025

4. Análisis sobre la eficacia de las acciones realizadas:

Efectiva

REALIZADO POR: Jose P. Granados **CARGO:** Inspector SST **FECHA:** —

5. Observaciones:

N.A

FECHA DE CIERRE: 05/12/2025 **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** X

TERMINOS IMPORTANTES:

- ✓ **ACTO INSEGURO:** Son las acciones u omisiones cometidas por la(s) persona(s), que al violar normas o procedimientos previamente establecidos, posibilitan que se produzcan accidentes o incidentes en las persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **CONDICIONES INSEGURAS:** Son aquellas condiciones físicas y materiales presentes en cualquier instalación que puedan originar un accidente o incidentes en la(s) persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **RIESGO AMBIENTAL:** se define como la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que afecta directa o indirectamente al medio ambiente.

	FORMATO	Código: FT-SST-096
	REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Fecha: 1/08/2025
		Versión: Original

D	M	A	1. Tipo de Reporte: *Marque con una "X"*
10	12	2025	X Condición subestándar ___ Acto Inseguro ___ Riesgo ambiental ___ Incumplimiento de requisitos

2. Descripcion del reporte detectado: (Responda a los siguientes interrogantes: Qué, Cuando, Donde, Con qué, Quienes, por qué, etc)

Las Colaboradores se exponen a Riesgo Publico y accidentes de transito teniendo en cuenta la zona y el flujo de Vehiculos en ambos Sentidos

Firma Quien Reporta

Jose R Granados
Firma Quien Recibe Reporte

Nombre del que reporta : Fernando Sanchez

Área: SST

Nota: *Para reportar Condiciones y/o Actos inseguros solo diligencia lo parte 1 y 2 de este formato, el resto es responsabilidad de HSEQ*

3. Plan de Acción a Implementar:

ACCIONES A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN D	M	A	RESULTADO DE SEGUIMIENTO
Charlas Preformacionales	Fernando S	10	12	2025	Cumplimiento Con las acciones
instalacion de Señales P.	Fernando S	10	12	2025	para Mitigar el Riesgo
Paleteros	Fernando S	10	12	2025	

PLAN DE ACCIÓN APROBADOR POR: Jose R Granados

CARGO: Inspector SST
FECHA: 11/12/2025

4. Análisis sobre la eficacia de las acciones realizadas:

Efectiva

REALIZADO POR: Jose R Granados **CARGO:** Inspector SST **FECHA:** ___

5. Observaciones:

N A

FECHA DE CIERRE: 11 / 12 / 2025 **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** X

TERMINOS IMPORTANTES:

- ✓ **ACTO INSEGURO:** Son las acciones u omisiones cometidas por la(s) persona(s), que al violar normas o procedimientos previamente establecidos, posibilitan que se produzcan accidentes o incidentes en las persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **CONDICIONES INSEGURAS:** Son aquellas condiciones físicas y materiales presentes en cualquier instalación que puedan originar un accidente o incidentes en la(s) persona(s) o impactos al Ambiente.
- ✓ **RIESGO AMBIENTAL:** se define como la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que afecta directa o indirectamente al medio ambiente.

ANEXO 2.5K PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2025
		VERSIÓN Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre Hubeto (OAS)
Cargo Aprendiz
Dependencia / Grupo Tratamiento

FECHA 24-11-2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD
- a. Menor de 18 años
- [X] b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
- a. Soltero (a)
- [X] b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO
- [X] a. Masculino
- b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
- a. Ninguna
- [X] b. 1 - 3 personas
- c. 4 - 6 personas
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
- [X] a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
- a. Propia
- [X] b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
- [X] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA
- [X] a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
- [X] a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
- a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- f. Capacitaciones en SST
- [X] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA
- a. Si
- [X] b. No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
- a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
- a. No
- [X] b. Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
- a. No
- [X] b. Si

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA 13/08/2025
		VERSIÓN Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Harley Gomez Ramirez
Cargo	Asistente administrativo
Dependencia / Grupo	Administrativo

FECHA 26/11/2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- [ ] a. Menor de 18 años
- [ ] b. 18 - 27 años
- [ ] c. 28 - 37 años
- [x] d. 38 - 47 años
- [ ] e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- [x] a. Soltero (a)
- [ ] b. Casado (a)/union libre
- [ ] c. Separado (a)/Divorciado
- [ ] d. Viudo (a)

3. GENERO

- [x] a. Masculino
- [ ] b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- [ ] a. Ninguna
- [x] b. 1 - 3 personas
- [ ] c. 4 - 6 personas
- [ ] d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- [ ] a. Primaria
- [ ] b. Secundaria
- [x] c. Técnico / Tecnólogo
- [ ] d. Universitario
- [ ] e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- [ ] a. Propia
- [ ] b. Arrendada
- [x] c. Familiar
- [ ] d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- [ ] a. Otro trabajo
- [x] b. Labores domésticas
- [x] c. Recreacion y deporte
- [ ] d. Estudio
- [ ] e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [ ] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- [x] b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- [ ] c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- [ ] d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- [ ] e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA

- [x] a. Menos de 1 año
- [ ] b. De 1 a 5 años
- [ ] c. De 5 a 10 años
- [ ] d. De 10 a 15 años
- [ ] e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- [x] a. Menos de 1 año
- [ ] b. De 1 a 5 años
- [ ] c. De 5 a 10 años
- [ ] d. De 10 a 15 años
- [ ] e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- [ ] a. Indefinido
- [x] b. Provisionalidad
- [ ] c. Libre nombramiento y remoción
- [ ] d. Contrato de Prestación de Servicios
- [ ] e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- [ ] a. Vacunación
- [ ] b. Salud oral
- [x] c. Exámenes de laboratorio/otros
- [ ] d. Exámenes periódicos
- [ ] e. Spa (Relajación)
- [x] f. Capacitaciones en SST
- [ ] g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- [x] a. Si
- [ ] b. No

Cual: Astigmatismo

14. FUMA

- [ ] a. Si
- [x] b. No

Promedio Diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- [x] a. No
- [ ] b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- [ ] a. No
- [x] b. Si

Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- [ ] a. No
- [x] b. Si

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

	FORMATO	FT-SST-041
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	FECHA:13/08/2020
		VERSIÓN:Original

Este encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	MISUN GUSTAVO C.
Cargo	AUXILIAR
Dependencia / Grupo	TECNICO OPERATIVO

FECHA 24 - 11. 2025

Marque una X en la casilla que corresponda

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- [X] 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- [X] Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- [X] Masculino
- b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- b. 1 - 3 personas
- [X] 4 - 6 personas
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- [X] Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- [X] Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- [X] Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [X] Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- [X] De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- [X] Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- [X] Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] No

Cual: _____

14. FUMA

- a. Si
- [X] No

Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. No
- [X] Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] Si

Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] Si

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

	FORMATO	FT-SST-941
		FECHA:13/09/2023
	FORMATO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	VERSIÓN: Original

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

Nombre	Sandra Nikol Salcedo Ramirez
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	TECNICO OPERATIVO

FECHA 26 - 11 - 2025

Marque una X en la casilla que corresponda:

1. EDAD

- a. Menor de 18 años
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- [X] d. 38 - 47 años
- e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- [X] b. Casado (a)/union libre
- c. Separado (a)/Divorciado
- d. Viudo (a)

3. GENERO

- a. Masculino
- [X] b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- b. 1 - 3 personas
- [X] c. 4 - 6 personas
- d. Más de 8 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- [X] b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- [X] b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- [X] b. Labores domésticas
- c. Recreacion y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- [X] a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 5 S.M.L.
- d. Entre 5 y 6 S.M.L.
- e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- [X] a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- [X] a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

- a. Indefinido
- [X] b. Provisionalidad
- c. Libre nombramiento y remoción
- d. Contrato de Prestación de Servicios
- e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud oral
- c. Exámenes de laboratorio/otros
- d. Exámenes periódicos
- e. Spa (Relajación)
- [X] f. Capacitaciones en SST
- g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- [X] b. No

Cual: _____

14. FUMA

- [X] a. Si
- b. No

Promedio diario 4 cigarrillos

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- [X] a. No
- b. Si

Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. No
- [X] b. Si

Diario _____
Semanal [X]
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO

- a. No
- [X] b. Si

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

533

ANEXO 2.5L ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogota DC FECHA 22 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Cotes	Simarra	Hubeto Enrique	1007573922

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 27 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Famisanar AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Ayudante Dependencia

¿Qué equipos opera? Herramientas manuales

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

no

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

no

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

no

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

no

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

na

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Dibujo 2 horas Futbol ocacional

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador Hubeto Cotes C.C 1007573922	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogota D C FECHA 29 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Guerrero	Castillo	Mayra A	1083198909

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 31 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Salud Total AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Oficial Dependencia Tecnico operativo

¿Qué equipos opera?

Herramientas manuales

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

no

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

no

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

no

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

no

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

no

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

no

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
CC 1083 198 909	

516

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN:Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 20 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Salcedo	Ramirez	Sandra Milena	53006368

SEXO F [X] M [ ] EDAD (años) ESTADO CIVIL Casado [ ] Soltero [ ] U. Libre [X] Separado [ ]

EPS Compensar AFP ARL COLMENA

Cargo Ayudante de obra Dependencia Tecnico operativo

¿Qué equipos opera?

Herramienta Manual

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

NO

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

NO

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

NO

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

NO

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si [ ] No [X] Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No APLICA

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Futbol (2 horas) semana

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 53006368	

	FORMATO	Código: FT-SST-042
		FECHA:13/08/2025
	FORMA AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	VERSIÓN: Original

CIUDAD: Bogotá FECHA 26 11 25

AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NRO IDENTIFICACIÓN
Gómez	Ramírez	Hurley	80876065

SEXO F ☐ M ☒ EDAD (años) 40 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS Sura AFP Porvenir ARL Colmena

Cargo Asistente Administrativo Dependencia Administrativo

¿Qué equipos opera?

Computador, escáner, impresora

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

No

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

No

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación este síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porque?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

No

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Ciclismo a diario, senderismo 1 vez a la semana

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

FIRMAS

Firma del trabajador	Firma Copasst/Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 80876065	

ANEXO 2.5M EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653703
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 62 N. 12-58 BODEGA 1,2,3,4 Y 5
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Zona Industrial
Fecha y hora de ingreso:	2025-dic.-10 08:19 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-dic.-10 09:08 a. m.
No. Ingreso:	655714	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	HARLEY GOMEZ RAMIREZ	**Identificación:**	CC 80876085
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	**Ocupación:**	Independiente
Fecha de Nacimiento:	19 sep. 1985	**Edad:**	40 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Temporal: CONSORCIO VB ADECUACIONES **NIT:** 901953312 **Actividad Económica:** Construcción de otras obras de ingeniería civil
Empresa Usuaria: CONSORCIO VB ADECUACIONES **NIT:** 901953312 **Actividad Económica:** Construcción de otras obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado	Estado
Audiometria De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometria Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
Visiometria	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN OCUPACIONAL

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas
observacion: USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Actividad fisica regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

M. Fda A.

Profesional: MARIA FERNANDA AGUILAR BECERRA
Identificación: CC 55159436
Reg. Médico: 1606/97
Licencia Ocupacional: 16271 de 28/12/2018

Paciente: HARLEY GOMEZ RAMIREZ
CC: 80876085

SAO

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 00 85 - Tel: 757 53 28
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 49.765

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VB ADECUACIONES	CONSORCIO VB ADECUACIONES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
COTES SIMERMAN HUMBERTO ENRIQUE	MASCULINO	26 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1007573922 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

[illegible]TO	PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

*EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.
*ORIENTAMOS MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
*ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
SE RECOMIENDA:
*INCLUIR PAUSAS ACTIVAS REGULARES PARA PREVENIR FATIGA Y PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (ESPECIALMENTE SI EL TRABAJO ES ESTÁTICO).
*FOMENTAR LA MOVILIDAD ARTICULAR Y ESTIRAMIENTOS CADA 2-3 HORAS DE SERVICIO.
*MANTENERSE HIDRATADO
*REDUCIR EL CONSUMO DE SAL, GRASAS SATURADAS Y AZUCAREZ AUMENTAR LA INGESTA DE FRUTAS, VERDURAS, FIBRA Y POTASIO.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICADE FORMA REGULAR

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 	Código de Seguridad L877R1X49765	Firma: HUBERTO
Nombre: CC: 4948817 - CARLOS ARTURO CUENCA		Nombre: COTES SIMERMAN HUMBERTO ENRIQUE
R. M.: 4516 L.S.O.: 753 - 18/01/2019		CC: 1007573922

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 00 85 - **Tel:** 757 53 28
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



N° 49.721

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VB ADECUACIONES	CONSORCIO VB ADECUACIONES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GUERRERO CASTILLO MIGUEL ANGEL	MASCULINO	31 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1087198909 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

[illegible]TO	PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	TEMPORAL	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

*EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.
*ORIENTAMOS MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
*PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: _____

Nombre: CC: 4948917 - CARLOS ARTURO CUENCA

R. M.: 4516 L.S.O.: 753 - 18/01/2019

Código de Seguridad O877U1A49721

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: GUERRERO CASTILLO MIGUEL ANGEL

CC: 1087198909

S43

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 00 85 - Tel: 757 53 28
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



N° 49.826

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VB ADECUACIONES	CONSORCIO VB ADECUACIONES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SALCEDO RAMIREZ SANDRA MILENA	FEMENINO	44 AÑOS 10 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	53006368 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COMPEMSAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LABOR PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	TEMPORAL	NO APLICA

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

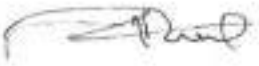
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CORRECCION OPTICA DE DESCANSO	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR NUTRICION Y MEDICINA INTERNA CADA 3 MESES		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

*EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.
*ORIENTAMOS MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
*ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
SE RECOMIENDA:
INCLUIR PAUSAS ACTIVAS REGULARES PARA PREVENIR FATIGA Y PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (ESPECIALMENTE SI EL TRABAJO ES ESTÁTICO).
*FOMENTAR LA MOVILIDAD ARTICULAR Y ESTIRAMIENTOS CADA 2-3 HORAS DE SERVICIO.
*MANTENERSE HIDRATADO
*REDUCIR EL CONSUMO DE SAL, GRASAS SATURADAS Y AZUCARES
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA (CAMINAR, NADAR, BAILAR) DE FORMA REGULAR
CONTROL POR NURICION
PARA CUIDADO DE PATOLOGIA DE BASE SE RECOMIENDA UTILIZAR MASCARILLA ADECUADA AL TIPO DE EXPOSICIÓN (PREFERIBLEMENTE N95 O SUPERIOR SI EL AMBIENTE CONTIENE POLVO O PARTÍCULAS) EN AREAS DE CONTAMINACION CON POLVO . LLEVAR CONSIGO LOS INHALADORES DE TRATAMIENTO .

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 propósito 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación 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 legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
		
Firma:		Firma:
Nombre: CC: 4948917 - CARLOS ARTURO CUENCA	Código de Seguridad	Nombre: SALCEDO RAMIREZ SANDRA MILENA
R. M.: 4516 L.S.O.: 753 - 18/01/2019	L877R1X49826	CC: 53006368

SAS

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	CRISTIAN DAVID MARTINEZ DURAN	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1015452948	Fecha	19 noviembre 2025
Edad	30 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 19 noviembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

CRISTIAN DAVID MARTINEZ DURAN
CC: 1015452948
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901296539 - DEMOLICIONES H&D SAS

Paciente	YEIRLENSON RENTERIA VIVAS	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1077424242	Fecha	19 noviembre 2025
Edad	24 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 19 noviembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

YEIRLENSON RENTERIA VIVAS
CC: 1077424242
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

SA7

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 10/12/2025

Señor(a): HARLEY GOMEZ RAMIREZ

CC: 80876085
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de Salud Ocupacional los Andes, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas, observación: USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

Agradezco la atención prestada.
Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre Harley Gómez
Cedula 80876085
Firma

518

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 24/11/2025

Señor(a): HUBERTO ENRRIQUE COTES SIMERMAN

CC: 1007573922
Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de Preventsalud IPS S.A.S, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Examen visual de control en un año, Audiometría de control en un año, uso de EPP, Pausas activas e higiene postural.

Agradezco la atención prestada.
Cordialmente,

Responsable HSE

Nombre HUBERTO COTES
Cedula 1007573922
Firma

SAG

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 24/11/2025

Señor(a): MIGUEL ANGUEL GUERREO CASTILLO

CC: 1087198909
Cargo: **OFICIAL DE OBRA**

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el día por nuestro proveedor en servicios de Preventsalud IPS S.A.S, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: Usar corrección visual, Examen visual de control en un año, Uso de EPP, SVE Visual, Pausas Activas e higiene postural.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,
Responsable HSE

Nombre Miguel Guerrero
Cedula 1087198909
Firma

550

	FORMATO	Código: FT-SST 046
	SEGUIMIENTO A CASOS MÉDICOS CON RECOMENDACIÓN O RESTRICCIÓN	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

Bogotá 26/11/2025

Señor(a): SANDRA MILENA SALCEDO R

CC: 53006368
Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

La ciudad de Bogotá D.C

Asunto: Seguimiento a Condiciones de salud Examen (Ingreso).

Cordial saludo,

De acuerdo con el certificado de aptitud realizado el dia por nuestro proveedor en servicios de Preventsalud IPS S.A.S, se solicita tener en cuenta las siguientes recomendaciones o Restricciones dadas por el Medico Laboral: CORRECCIÓN VISUAL : CORRECCION OPTICA DE DESCANSO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICION Y MEDICINA INTERNA CADA 3 MESES, USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.

Agradezco la atención prestada

Cordialmente,
Responsable HSE

Nombre Sandra Salcedo
Cedula 53006368
Firma

551

Bogotá, 08 de Octubre de 2021

Señor Cristian Martinez

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones:

- Uso de EPP's
- Pausas Activas
- Uso de Tapaborgs
- Lavado Frecuente de manos
- Evitar consumo de alcohol, cigarrillo y Sustancias Psicoactivas

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto Sede Integral Compensar Centro Mayor, realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas.

Demoliciones H&D SAS

Recibido

1015452938

Nombre del colaborador
cargo Ayudante
C.C.

Scanned with CamScanner

Bogotá, 08 de Octubre de 2021

Señor Yeiferson Penteria

Asunto: Comunicación recomendaciones de exámenes

Teniendo en cuenta los exámenes de ingreso que usted se realizó para verificar la aplicabilidad al cargo, se le emitieron las siguientes recomendaciones:

- Uso de EPP's
- Pausas Activas
- Uso de Tafaboras
- Llevado Frecuente de Manos.
- Evitar Consumo de alcohol, cigarrillo y Sustancias Psicoactivas.

Estas deben ser gestionados como compromiso a su salud, sin embargo desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo del proyecto Sede Integral Compensar Centro Mayor, realizaremos un seguimiento trimestral a la gestión de las mismas.

No siendo más, agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Paola Rojas

Demoliciones H&D SAS

Recibido

Nombre del colaborador
cargo
C.C. 1044424242

Scanned with CamScanner

ANEXO 2.5N REPORTE CUMPLIMIENTO PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS (PREVENCION, PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS)

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/06/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

Fecha de Solicitud de Ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista



Apellidos y Nombres	ANDRES FLIPE LOPEZ SUA
Área de Trabajo	TECNICO OPERATIVO
Cargo desempeñado	AUXILIAR DE INGENIERIA
Antiguedad en la compañía (meses)	24
Nombre del Jefe Inmediato	ANDRES COLORADO
Teléfono oficina y extensión	3105556674

2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1010234891	Edad	28	No. Celular	3212812853	GR. Sang y RH	A+
Estatura (mts)	1,78	Peso (Kg)	85	Estado Civil	SOLTERO		
Fecha de Nacimiento	DD 5	MM 7	AAAA 1997	Lugar de Nacimiento	BOGOTA		
Dirección de domicilio brigadista	CR 80J # 71F-25 SUR			Teléfonos			
En caso de emergencia avisar a	RODRIGO LOPEZ			Parentesco	PADRE		
Telefonos fijos del acudiente				Celular acud	3208344656		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
N/A	CONSORCIO SOPCAR	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
N/A	N.A	N.A

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
N/A	N.A	N.A

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es Si, especifique cuáles)

Ninguna

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ SI ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 15 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Jefe de la Brigada

	FORMATO	Código: FT-SST-079
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original
		Pagina 1 de 1

BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS





OBJETIVO

Contar con un grupo de personas capacitadas para afrontar de manera adecuada cualquier emergencia médica, buscando salvaguardar la vida del o los implicados.

GENERALIDADES

La operatividad del Plan MEDEVAC, debe ser conocida por todo el personal, soportado por la brigada de primeros auxilios, quienes tendrán a su cargo la prestación y soporte primario en primeros auxilios al lesionado o paciente.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de primeros auxilios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Al lado de la estación transmicable paraiso mirador, frente del almacén de obra

Los integrantes de la brigada o cuadrilla de primeros auxilios se colocarán a disposición del Coordinador de SST, para recibir órdenes especificas y atender a los lesionados.

PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

Todo el personal del grupo, recibirán orientación sobre los principales aspectos en la prestación de los primeros auxilios.

Todo el personal integrante de la brigada de Primeros Auxilios recibirá instrucciones especificas previas para enfrentar de manera adecuada la emergencia médica.

Integrantes de la brigada de Primeros Auxilios

1	Fernanda Sanchez Bayona
2	Aicer mora
3	Jose Rodrigo Granados

Andres Felipe Lopez Sua

	FORMATO	Código: FT-SST-081
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA DE EVACUACIÓN, BUSQUEDA Y RESCATE	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original
		Pagina 1 de 1

BRIGADA DE BUSQUEDA Y RESCATE





OBJETIVO

Establecer procedimientos especificos para evacuar y rescatar lesionados y/o personal vulnerable ante cualquier emergencia, Tales como: incendio, terremoto, sismo, accidentes de tránsito, explosiones etc., que ponga en peligro la integridad fisica y mental de las personas, buscando salvaguardar la vida de las mismas.

GENERALIDADES

La operatividad de los planes de contingencia para los diferentes eventos, debe ser conocida por todo el personal, soportada por la cuadrilla de rescate, quienes tendrán a su cargo el soporte primario ante cualquier evento que involucre rescate de personas.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Busqueda y Rescate junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Junto a la estación del transmicable paraios mirador

Los integrantes de la brigada se colocaran a disposición del coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo para iniciar la evacuación, rescate y atención primaria de los lesionados.

PERSONAL DE BUSQUEDA Y RESCATE

Todo el personal del grupo, tanto administrativos y operativos recibirán orientación sobre los principales aspectos en la evacuación y rescate de personas.

Todo el personal integrante de la cuadrilla de rescate, recibirá instrucción básica previa sobre sus roles y responsabilidades dentro de la cuadrilla para actuar de forma armónica.

Integrantes de la brigada de Busqueda y Rescate

1	Fernando Sanchez Burgos
2	Eliecer [illegible]
3	José Rodrigo Plancarte

Andres Felipe Lopez Sua

	FORMATO	Código: FT-SGI-009
	CONFORMACIÓN DE BRIGADA CONTRA INCENDIOS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

BRIGADA CONTRA INCENDIOS

OBJETIVO

Intervenir con los medios disponibles para tratar de evitar que se produzcan daños y pérdidas en las instalaciones como consecuencia de una amenaza de incendio.

GENERALIDADES

FUNCIONES

Realizar continuamente inspecciones a los extintores y sistemas contra incendio para determinar que están en condiciones de operación

Conocer el uso de los equipos de extinción de fuego, de acuerdo con cada tipo de fuego acorde a las instrucciones recibas en el proceso de formación

Operar los equipos contra incendio, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el ente capacitador cuando la situación de emergencia lo exija.

Reportar las situaciones de emergencia a los bomberos junto con las actuaciones llevadas a cabo.

PERSONAL DE CONTRA INCENDIOS

Integrantes de la brigada Contra Incendios

1	Fernando Sanchez Bayona
2	Eliecer rojas
3	Jose Rodrigo Granada

Andres Felipe Lopez Sua

SST

	FORMATO	COD FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN Original

Fecha de Solicitud de ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista



Apellidos y Nombres	Eliecer Yesid Mora Nuncon
Área de Trabajo	OPERATIVO
Cargo desempeñado	Ayudante de Construcción/Demolición.
Antiguedad en la compañía (meses)	1 MES.
Nombre del Jefe Inmediato	Henry Viviana
Teléfono oficina y extensión	3125895780

2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1026274534	Edad	34	No. Celular	3229757480	GR. Sang y RH	A+
Estatura (mts)	1.60	Peso (Kg)	66	Estado Civil	Soltero.	SOLTERO	X
Fecha de Nacimiento	DD 12	MM 06	AAAA 1991	Lugar de Nacimiento	Bogotá D.C		
Dirección de domicilio brigadista	Cra 68e 1A 95			Teléfonos	3229757480		
En caso de emergencia avisar a	Ubaldo Nuncon			Parentesco	Mamá.		
Telefonos fijos del acudiente	3008680668			Celular acud	3142743551		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
-	-	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
N.A	N.A	N.A

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
Futbol	3 días	90 minutos

Scanned with CamScanner

SS8

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Eliecer

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑Si ☐No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA: BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

Jose Roberto Granada Palacio

Firma del Jefe de la Brigada

Scanned with CamScanner

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN: Original

Fecha de Solicitud de Ingreso: DD 18 | MM 11 | AAAA 2025

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista



Apellidos y Nombres	Paola Fernanda Sanchez Burgos
Área de Trabajo	SST
Cargo desempeñado	Inspectora SST
Antiguedad en la compañía (meses)	1 mes
Nombre del Jefe Inmediato	Henry Urueña.
Teléfono oficina y extensión	3125845780

2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	1000611968	Edad	19	No. Celular	3503987778	GR. Sang y RH	O+
Estatura (mts)	1.56	Peso (Kg)	53	Estado Civil	Soltera	SOLTERO	X
Fecha de Nacimiento	DD 04 MM 12 AAAA 2005			Lugar de Nacimiento	Bogotá		
Dirección de domicilio brigadista	Cra 9 este #30c Sur 23			Teléfonos	3503987778		
En caso de emergencia avisar a	Sandra Burgos			Parentesco	Mamá		
Telefonos fijos del acudiente	3115373423			Celular acud	3142743551		

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
Brigada ICW	Obracol SAS Constructora	BRIGADISTA	1

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
Atención Primeros Auxilios Emergencia Basica	1 hora	ARL Sura
Atención Primeros Auxilios Fracturas/Heridas	1 hora	ARL Sura
Atención a Conatos e incendios	1 hora	ARL SURA
Basico de Primeros Auxilios	10 Horas	Alturas y Confinados en SAS

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
Futbol	1 dia	3 Horas
Danza	1 dia	2 Horas

Scanned with CamScanner

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salud

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ SI ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA: BRIGADISTA EVACUACION Y EMERGENCIAS

OBSERVACIONES

Firma del Jefe de la Brigada

Scanned with CamScanner

Código de validación: PA055

ALTURAS Y SERVICIOS E&M SAS

NIT: 901452687 – 7

Licencia S.O. 8335 del 27 de Marzo de 2021 Expedida por la Secretaría de Salud De Bogotá.

CERTIFICA QUE:

PAOLA FERNANDA SANCHEZ BAYONA

C.C 1.000.621.968

Asistió y Aprobó el Curso:

BASICO DE PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de 10 horas.
Realizado en la ciudad de Bogotá, el 12 Enero de 2024
Se Expide en la ciudad de Bogotá el 12 Enero día de 2024

Eliecer Mendoza
Representante Legal

John Fredy Parada
Resolución N°25-0085 De 07/02/201
Entrenador TSA

Cel: 7898152 - 324 3645995 – Dir. carrera 27 ·77-20 – E-Mail: verificacion@alturasayservicioseym.com.co - Web: www.alturasayservicioseym.com.co

Scanned with CamScanner

563

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

Fecha de Solicitud de ingreso	DD	18	MM	11	AAAA	2026

1. Datos laborales del Candidato a Brigadista

Apellidos y Nombres	GRANADA PALACIO JOSE RODRIGO
Área de Trabajo	SST
Cargo desempeñado	INSPECTOR SST
Antiguedad en la compañía (meses)	1
Nombre del Jefe Inmediato	FROILAN ANDRES COLORADO
Teléfono oficina y extensión	3105556674



2. Datos Personales del Brigadista

No. De Cedula	31862298		Edad	42		No. Celular	3115533226	GR. Sang y RH	A+
Estatura (mts)	1.63		Peso (Kg)	89		Estado Civil	SEPARADO		
Fecha de Nacimiento	DD	11	MM	1	AAAA	1983	Lugar de Nacimiento	ARMENIA / QUINDIO	
Direoción de domicilio brigadista	CRRA 9A # 7A-35 SIBATE						Teléfonos	31155353226	
En caso de emergencia avisar a	JOSE RODRIGO GRANADA VALBUENA						Parentesco	PAPA	
Telefonos fijos del acudiente	N.A						Celular acud	3165889868	

3. Experiencia previa en Brigadas o Grupos de Socorro

Nombre del grupo o Brigada	Empresa	Cargo en el Grupo	Tiempo en meses
JOYCO	JOYCO	BRIGADISTA	8
POWERCHINA	POWERCHINA	JEFE DE BRIGADA	8

4. Capacitaciones recibidas en brigadas o temas relacionados

Nombre del Curso	Tiempo de duración en horas	Institución
PRIMEROS AUXILIOS	40	SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN LABORES MINERAS SUBTERRANEAS - AVANZADO PARA PERSONAL TECNICO	80	SENA

5. Acondicionamiento físico

Deporte Practicado	Intensidad semana (días)	Tiempo practica (horas)
N.A	N.A	N.A

561

	FORMATO	COD:FT-SST-071
		FECHA:13/08/2025
	HOJA DE VIDA BRIGADISTA	VERSIÓN:Original

6. Estado de Salod

¿Hay razones médicas que limiten su desempeño en la brigada? (Si su respuesta es SI, especifique cuáles)

Ninguna

Jose Rodrigo Granada Palacio

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Candidato a Brigadista

Espacio para uso exclusivo del jefe de la Brigada

8. Concepto del Jefe de la Brigada

¿Se acepta al candidato en la Brigada? ☑ SI ☐ No

Justificación del concepto:

Fecha del Concepto DD 18 MM 11 AAAA 2025

GRUPO ASIGNADO EN LA BRIGADA BRIGADISTA INSIPIENTE

OBSERVACIONES

Jose Rodrigo Granada Palacio

Jose Rodrigo Granada Palacio

Firma del Jefe de la Brigada

ANEXO 2.5Ñ INVESTIGACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el período comprendido entre el 23/11/2025 y el 22/12/2025 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	CONSORCIO VB ADECUACIONES
CC/NIT:	901953312
CONTRATO:	1205211
CIUDAD:	BOGOTA, D.C.
INICIO VIGENCIA:	16/09/2025
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 22 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667, gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 22/12/2025 9:30:24. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. - 860011153

HACE CONSTAR QUE

La empresa **DEMOLICIONES H&D SAS** identificada con tipo y número de documento **NI 901296539** registra afiliación ACTIVA a POSITIVA en el ramo de Riesgos Laborales desde el **07/08/2019**, con actividad económica principal código **5431101 - DEMOLICION, INCLUYE DEMOLICION O DERRIBO DE EDIFICIOS Y OTRAS ESTRUCTURAS.** y clase de riesgo **5.**

La información consultada en las bases de datos de la aseguradora para la generación de la constancia es desde el **23/12/2025 12:02** y sus últimos **1** años o fracción para los eventos de **Accidente de Trabajo.**

A continuación, se relaciona únicamente los ítems por cada vigenica donde la empresa reportó eventos a la Administradora de Riesgos Laborales.

INFORMACIÓN DETALLADA CONSTANCIA	AÑO
	2025
Número promedio de trabajadores afiliados a riesgos laborales	3
Accidentes de Trabajo	
Número de Accidentes de Trabajo reportados por la empresa a la ARL por los años de consulta	0
Número total de AT calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de AT MORTAL calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo y FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PI de la empresa por cada uno de los años consultados	0
Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PS-SP de la empresa por cada uno de los años consultados	0

584

Formato hora: 24 horas
ARL: Administradora de Riesgos Laborales
AT: Accidente de Trabajo
Fecha Reporte: Corresponde al DD/MM/AAAA en la cual se realizó el aviso oficial del evento a POSITIVA
AT MORTAL: Accidente de Trabajo con muerte del trabajador
EL: Enfermedad Laboral
EL MORTAL: Enfermedad Laboral con muerte del trabajador
IT: Incapacidad Temporal
Fecha de Radicación IT: Corresponde a DD/MM/AAAA en la cual se realizó presentación de la documentación de la IT a POSITIVA
IPP: Incapacidad Permanente Parcial
PI: Pensión de Invalidez
PS: Pensión de Sobrevivientes
SP: Sustitución Pensional

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Fecha de Expedición: **23/12/2025 12: 02**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/CRiesgosLaborales/VCEnl?token=TkWTIh6E4W7Wm7L80shMcJq25yAwJe4gnPiMl/bx3E4=)

Para verificación de Positiva

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el período comprendido entre el 23/11/2025 y el 22/12/2025 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	VANEGAS INGENIEROS SAS
CC/NIT:	830138289
CONTRATO:	1194758
CIUDAD:	BOGOTA, D.C.
INICIO VIGENCIA:	01/06/2022
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 22 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667, gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 22/12/2025 9:31:54. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

ANEXO 2.5O INSPECCIONES Y CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

	FORMATO	Código: FT-SST-105
	FORMATO INSPECCIÓN BOTIQUÍN OBRAS-OFICINAS	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Fecha: 16/12/2025 Área/Proyecto: Consorcio JB Adecuaciones

Personal capacitado en uso SI

Realizado Por: Jose Rodrigo Francia Palacio

Elemento	Presentación	Cantidad	Bueno	Malo	N.A	Fecha Vencimiento	Observaciones
Tapabocas desechables	Unidad	4 UND	X				
Monogafas	Unidad	1	X				
Solución yodada	Frasco	N.A			X		
Guantes Nitrilo	Caja por pares	12 UND	X				
Solución salina normal	Unidad	2	X				
Gotas de lágrimas naturales	Gotero	NA			X		
Linterna pequeña Led	Unidad	NA			X		
Tijeras	Unidad	1	X				
Gasas individuales precortadas	Paquete	1	X				
Esparadrapo de tela	Rollo	1	X				
Micropore	Rollo	NA			X		
Curas	Paquete	1	X				
Baja lenguas	Paquete	20	X				
Venda triangular	Unidad	NA			X		
Vendas elásticas	Unidad	3	X				
Termómetro	Unidad	1	X				DIGITAL
Aplicadores o copitos	Paquete	1	X				
Inmovilizador maleable (Brazos y pierna)	Unidad	NA			X		
Inmovilizador cervical	Unidad	NA			X		
Parche ocular	Unidad	NA			X		
Pito	Unidad	1	X				
Manual de primeros Auxilios.	Unidad	1	X				
Ubicación del Botiquín	CARPA	1	X				BOTIQUIN TIPO A
Camilla (Fácil acceso)	Unidad	1	X				

N°Hallazgo	Plan de Acción	Fecha	Responsable

Seguimiento al cierre

N°Hallazgo	Acción Tomada	Fecha de	Responsable

	FORMATO	Código: FT-SST-105
	FORMATO INSPECCIÓN BOTIQUÍN OBRAS-OFICINAS	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Fecha: 19/12/25 Área/Proyecto: Consorcio UB Adecuaciones

Personal capacitado en uso SI

Realizado Por: Jose Rodrigo Arevalo Palacio

Elemento	Presentación	Cantidad	Bueno	Malo	N.A	Fecha Vencimiento	Observaciones
Tapabocas desechables	Unidad	4	X			NA	
Monogafas	Unidad	3	X			NA	
Solución yodada	Frasco	1	X			OCT 26	
Guantes Nitrilo	Caja por pares	12 pares	X			NA	
Solución salina normal	Unidad	2	X			ABR 26	
Gotas de lágrimas naturales	Gotero	1	X			ABR 27	
Linterna pequeña Led	Unidad	2	X			NA	
Tijeras	Unidad	2	X			NA	NORMAL - CORTA TODO
Gasas individuales precortadas	Paquete	8	X			OCT 26	
Esparadrapo de tela	Rollo	1	X			NA	
Micropore	Rollo	1	X			NA	1"
Curas	Paquete	1	X			NA	
Baja lenguas	Paquete	1	X			NA	PAQUETE X 20 UNIDADES
Venda triangular	Unidad	1	X			NA	
Vendas elásticas	Unidad	1	X			NA	
Termómetro	Unidad	1	X			NA	DIGITAL
Aplicadores o copitos	Paquete	1	X			NA	PAQUETE X 20 UNIDADES
Inmovilizador maleable (Brazos y pierna)	Unidad	3	X			NA	
Inmovilizador cervical	Unidad	3	X			NA	
Parche ocular	Unidad	13	X			NA	
Pito	Unidad	1	X			NA	
Manual de primeros Auxilios.	Unidad	2	X			NA	
Ubicación del Botiquin	OFICINA	1	X			NA	
Camilla (Fácil acceso)	Unidad	1	X			NA	
						NA	

N°Hallazgo	Plan de Acción	Fecha	Responsable

Seguimiento al cierre

N°Hallazgo	Acción Tomada	Fecha de	Responsable

	FORMATO	Codigo:FT-SST-112
	FORMATO INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA:13/08/2025 Versión:Original

FECHA INSPECCIÓN		
DD	MM	AAAA
19	12	2025

INSPECCIONADO POR: Jose P. Granada
ÁREA O PROYECTO: Consorcio UB Adecuaciones
FIRMA: Jose P Granada
CARGO: Inspector SST

NOMBRE DEL TRABAJADOR		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Jonea del Rosso Sanchez Forero	E	B		B		NA		B		NA		NA		B		NA				NA		NA		NA		
	U	B		B				B						B												
Andres Felipe Lopez Soca.	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Frailan Andres Colorado Becerra.	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Brandon Hernan Quintero Jamaica.	E	B		B		NA		B		NA		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B						B		B		B								
Benjamin Ramos Gomez.	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Jhonatan Ramos Rojas	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Pablo Santa Malambo	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Huberto Cotes	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								
Sandra Valcedo	E	B		B		NA		B		B		NA		B		B		B		NA		NA		NA		
	U	B		B				B		B				B		B		B								

COMPORTAMIENTO FRENTE AL RIESGO

1 CASCO DE SEGURIDAD
2 BOTAS DE SEGURIDAD EN CUERO CON PUNTERA ACERO O DIELECTRICAS
3 BOTAS DE CAUCHO
4 GAFAS DE SEGURIDAD
5 PROTECTORES AUDITIVOS
6 PROT. RESPIRATORIA
7 ROPA DE TRABAJO (OVEROL - CHAQUETA Y JEANS)
8 IMPERMEABLE DOS PIEZAS (PANTALÓN Y CHAQUETA)
9 GUANTES (LONA - CARNAZA - NITRILO - OTROS)
10 CARETA (SOLDADOR - ESMERILADO - SAND BLASTING - OTROS)
11 ARNES
12 DOTACION GUADAÑADOR

CONVENCIONES B: BUENO M: MALO E: ESTADO U: USO

	FORMATO	Codigo:FT-SST-112
	FORMATO INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA:13/08/2020 Versión:Original

FECHA INSPECCIÓN		
DD	MM	AAAA
19	12	2023

INSPECCIONADO POR: Jose R. Granados
ÁREA O PROYECTO: Consorcio JR Adecuaciones
FIRMA
CARGO: Inspector SST

NOMBRE DEL TRABAJADOR		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Miguel Guerrero	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NB		
	U	B		B				B		B		B		B		B		B								
Jose R Granados	E	B		B		NA		B		B		B		B		B		B		NA		NA		NB		
	U	B		B				B		B		B		B		B		B								
Harley Gomez	E	B		NA		NA		NA		NA		NA		B		NA		NA		NA		NA		NA		AUX ADMON
	U	B												B												
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									
	E																									
	U																									

COMPORTAMIENTO FRENTE AL RIESGO

1 CASCO DE SEGURIDAD
2 BOTAS DE SEGURIDAD EN CUERO CON PUNTERA ACERO O DIELECTRICAS
3 BOTAS DE CAUCHO
4 GAFAS DE SEGURIDAD
5 PROTECTORES AUDITIVOS
6 PROT. RESPIRATORIA
7 ROPA DE TRABAJO (OVEROL - CHAQUETA Y JEANS)
8 IMPERMEABLE DOS PIEZAS (PANTALÓN Y CHAQUETA)
9 GUANTES (CONA - CARNAZA - NITRILO - OTROS)
10 CARETA (SOLDADOR - ESMERILADO - SAND BLASTING - OTROS)
11 ARNES
12 DOTACION GUARDAÑADOR

CONVENCIONES: B: BUENO M: MALO E: ESTADO U: USO

	FORMATO	Código	FT–SST-108
	FORMATO INSPECCIONES DE EXTINTORES MAQUINARIA Y VEHICULOS	Versión	01
		Fecha	Original

Fecha Inspección: 19/12/2025 Área/Proyecto: Comercio VB Adecuaciones

Personal capacitado en su uso SI

Realiazdo Por: Jose L Granados

Datos del equipo	Revisión																			
	Válvula				Pasador				Manómetro	Boquilla			Señalización				Base			
	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C
NUMERO 1	X				X				X				X				NA			
UBICACIÓN EXCAVADORA																				
CLASE ABC																				
CAPACIDAD 10 LB																				
COLOR Amarillo																				
Fecha vencimiento NOV 2026																				
Ultima recarga NOV 2025																				

Datos del equipo	Revisión																			
	Válvula				Pasador				Manómetro	Boquilla			Señalización				Base			
	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C	OK	A	B	C
NUMERO																				
UBICACIÓN																				
CLASE																				
CAPACIDAD																				
COLOR																				
Fecha vencimiento																				
Ultima recarga																				

N°Hallazgo	Plan de Acción	Fecha	Responsable

Seguimiento al cierre			
N°Hallazgo	Acción tomada	Fecha cierre	Responsable

Fecha de inspección	Nombre de quien inspecciona	Firma de quien inspecciona
19/12/2025	Jose L Granados	Jose L Granados

	FORMATO	Código: FT-SST-107
	FORMATO INSPECCIÓN DE EXTINTORES LOCATIVAS	Fecha: 13/06/2025
		Versión: Original

FECHA INSPECCIÓN: 19/12/2025 Y 17/12/2025 CIUDAD: Bogota

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Jose Rodrigo Estrella Palacio.

Nº	CLASE DE EXTINTOR	CAPACIDAD Lb ó Kg	FECHA PROXIMA RECARGA	CONDICIONES GENERALES INSPECCIÓN VISUAL							OBSERVACIONES
				UBICACIÓN		MANOMETRO	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	SEÑALIZACIÓN DE ACUERDO AL AGENTE EXTINTOR	
				EN PARED A 1.20 -1.50 MTS	BASE DE PISO						
1	ABC	10 LB	OCT 2026	N/A	X	B	NA	B	13	B	OFICINA
2	ABC	10 LB	OCT 2026	N/A	X	B	NA	B	B	B	OFICINA
3	ABC	10 LB	NOV 2026	NA	NO TIENE	B	NA	B	B	NO TIENE	OBRA
4	ABC	10 LB	NOV 2026	NA	NO TIENE	B	NA.	B	B	NO TIENE	OBRA.



TIPOS DE EXTINTORES		
Tipo A	A	Madera, papel, trapos, plastico
Tipo B	B	GLP, gasolina, pinuras, aceites, lubricantes
Tipo C	C	Equipo electricos conectados (energizados)

SST

	FORMATO	CÓDIGO: FT-GP-036
	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTA	FECHA: 13/09/2020
		VERSIÓN: ORIGINAL

FECHA: 19/12/2025
OBRA: Cañaveral VB Adecuaciones
AREA INSPECCIONADA: Frente Obra
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Jose Rodrigo Guarin

B = BUENO M = MALO NA = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO B	M	NA
A	HERRAMIENTAS MANUALES			
1	Se usa la adecuada al trabajo	X		
2	Se encuentran en buen estado	X		
3	Se guardan y portan adecuadamente	X		
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.	X		
5	Se usan prensas de banco para sujetar			X
B	HERRAMIENTAS DE CORTE			
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo	X		
2	Los cinceles se encuentran afilados	X		
3	Las terrajas macho o hembra no presentan rotura de sus dientes	X		
4	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos	X		
5	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias			
6	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos			X
7	Los cuchillos disponen de mangos y fundas			X
C	HERRAMIENTAS DE GOLPE			
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	X		
2	Sus caras y bordes están en buen estado	X		
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	X		
D	HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES			
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas	2	A	
2	Se observan en la llave huellas y patancas	2	A	
3	Se dispone de llaves para golpear	2	A	
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deterioradas	2	A	
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente	2	A	
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado	2	A	
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.	2	A	
E	HERRAMIENTAS ELECTRICAS	2	A	
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)	2	A	
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	2	A	
3	Están limpia y lubricadas	2	A	
4	Tienen sus guardas	2	A	
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas	2	A	
6	El cable y enchufe no presentan daños	2	A	
7	En los taladros se observa el mandil con golpes	2	A	
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños	2	A	
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados	2	A	
10	Los collarines coinciden en diámetro y están instalados según el relieve	2	A	
11	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas	2	A	
12	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados	2	A	
F	HERRAMIENTA NEUMATICA			
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado	X		
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta	X		
3	Se trabaja a las presiones indicadas	X		
4	La herramienta es descargada al terminar.	X		
5	HERRAMIENTA POR DETONACION	2	A	
6	El personal es autorizado	2	A	
7	Emplean los elementos de protección	2	A	
8	Se descarga y es almacenada	2	A	

OBSERVACIONES

Andres SUA.
RESPONSABLE DEL AREA

Jose R. Arevalo.
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

	FORMATO	Código: FT-SST-110
	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA Y MANTENIMIENTO DE ORDEN Y ASEO	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

Fecha de inspección: 19/12/25 Hora: 9:30 am.	Area / Unidad operativa: Oficinas	Localidad:	Bogotá
Inspección realizada por: Jose Rodrigo Arevalo	Nombre responsable unidad: Jose Rodrigo Arevalo		
Dirección: Carre 7 A # 56A-33 Sur.	Telefono: N/A.		

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	Estado (Marcar con X)			OBSERVACIONES
		Aceptable	Requiere mejora	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado	X			
1.3	Hay buena ventilación en el área	X			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).			X	
1.6	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	X			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3.0	El área de trabajo está libre de objetos innecesarios.	X			
3.1	Los pasillos están despejados y señalizados.	X			
3.2	Hay suficiente espacio para el movimiento.	X			
3.3	Huecos y excavaciones señalizadas			X	
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente encauchetados	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.			X	
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.			X	
3.8	Los cables electricos están organizados y no representan un riesgo de tropiezo.	X			
3.9	Existe señalización de peligros.	X			
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas.	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			

5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5,1	El area esta libre de insectos y moderes	X			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles			X	
7	ORDEN Y ASEO				
7,1	Los contenedores están limpios.	X			
7,2	Los residuos están separados según el tipo (reciclables, orgánicos, etc.).	X			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
7,5	Hay suficientes contenedores para disposicion de los residuos sólidos	X			
8	SANEAMIENTO BASICO				
8,1	Unidades Sanitarias Limpias y en buenas condiciones higienicas	X			
8,2	Unidades sanitarias separadas para hombre y mujer			X	
8,3	Luminarias de baños en buen estado.	X			
8,4	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa	X			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.			X	
9	PELIGRO MECANICO				
9,1	Equipos y herramientas en buen estado	X			
9,2	Las herramientas están guardadas en sus lugares designados.	X			
9,3	La Maquinaria en obra esta en buenas condiciones mecanicas (pitos, reversas, espejos retrovisores			X	
10	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	X			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	X			
11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11,1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)	X			
	Nevera. (Si aplica)	NA			
	Cafetera. (Si aplica)	X			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)	NA			
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	X			
	Computador. (Si aplica)	X			
	Otro.	NA			
11,2 Sustancias quimicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.	NA			
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.	NA			
	Otro.	NA			

OBSERVACIONES

Jose L. Oviedo
Firma responsable inspección

Jose L Oviedo
Firma Responsable SST

	FORMATO	CÓDIGO: FT-GP-020
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VEHÍCULOS LIVIANOS	FECHA: 31/Octubre/2022
		VERSIÓN: Original

No. Interno o Placa	6SN810	Obra o contrato	Consorcio V6	Tipo de vehículo	Camioneta		
Conductor	Brandon Quintero			Marca	Volkswagen	Modelo	2020

Seguro obligatorio:	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	7 de Marzo 2026
Seguro de automóvil contra todo riesgo	SI	NO X	Fecha de vencimiento:	
Revisión Técnico Mecánica	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	9 de Diciembre 2026
Licencia de tránsito	SI X	NO		
Licencia de conducción	SI X	NO	Fecha de vencimiento:	12 de Agosto 2030

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Diciembre																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Parte externa	Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Estado de las llantas: Presión, defectos., aseo general.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones).	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Luces bajas, altas,cocuyos, parqueo,direccionales,frenos,exploradoras etc	NA	NA	NA	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Exhosto: Roturas, porosidad.	C	C		C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
Compartimento de motor	Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Agua de batería.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Conexiones de cables: Mangueras, correas.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
Interior del vehículo	Tablero de instrumentos: Velocímetro, gasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Espejos: Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Pito y alarma de reversa.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Frenos: Hacer prueba de frenado.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Posición del asiento. Cinturones de seguridad, Palanca de cambios: hacer prueba y verificar caja de cambios.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Limpia brisas delantero y trasero	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Volante: Hacer prueba y verificar dirección normal.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Marcha	Detectar ruidos u olores extraños.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
Otros	Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato,	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Conos de señalización de trabajos en carretera.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	Botiquín de primeros auxilios dotado.	C	C	C	C	C				C	C	C	C			C	C	C	C	C			C									
	*Extintor de incendio	Clase:									Capacidad:									Fecha de vencimiento:												

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1. Cono de señalizacion
2.
3.
4.

Nombre persona a cargo de vehiculo: Brandon Quintero Cargo: Conductor Firma: Brandon Quintero

Inspeccionado por: Jose R. Granados Cargo: Inspector SST Firma: Jose R Granados

	FORMATO	CÓDIGO: FT-GP-020
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VEHÍCULOS LIVIANOS	FECHA: 31/Octubre/2022
		VERSIÓN: Original

No. Interno o Placa	GSW870	Obra o contrato		Tipo de vehículo	Camioneta		
Conductor	Brandon Quintero			Marca	Volkswagen Amarok	Modelo	2020

Seguro obligatorio:	SI X	NO -	Fecha de vencimiento:	7 de marzo 2026
Seguro de automóvil contra todo riesgo	SI -	NO X	Fecha de vencimiento:	
Revisión Técnico Mecánica	SI X	NO -	Fecha de vencimiento:	11 de Diciembre 2025
Licencia de tránsito	SI X	NO -	Fecha de vencimiento:	12 de Agosto 2030
Licencia de conducción	SI X	NO -		

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección :																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Parte externa	Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Estado de las llantas: Presión, defectos., aseo general.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones).			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Luces bajas, altas,cocuyos, parqueo,direccionales,frenos,exploradoras etc			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Exhosto: Roturas, porosidad.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
Compartimento de motor	Niveles de aceite, de refrigerante y de líquido de frenos.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Agua de batería.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Conexiones de cables: Mangueras, correas.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
Interior del vehículo	Tablero de instrumentos: Velocímetro, gasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Espejos: Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Pito y alarma de reversa.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Frenos: Hacer prueba de frenado.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Posición del asiento. Cinturones de seguridad. Palanca de cambios: hacer prueba y verificar caja de cambios.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Limpia brisas delantero y trasero			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Volante: Hacer prueba y verificar dirección normal.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Marcha	Detectar ruidos u olores extraños.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
Otros	Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato,			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	Conos de señalización de trabajos en carretera.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	NA			
	Botiquín de primeros auxilios dotado.			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			C	C	C	C	C			
	*Extintor de incendio	Clase:			A B C						Capacidad:				5 lbs			Fecha de vencimiento:														

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1. Cono de Señalizacion
2.
3.
4.

Nombre persona a cargo de vehículo: Brandon Quintero Cargo: conductor Firma: Brandon Quintero

Inspeccionado por: Jose R Granada Cargo: Inspector SST Firma: Jose R Granada

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno		Obra o contrato	Contrato UB Adecuaciones 29851
Operador	Samuel Mesa	Marca	HITACHI

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Diciembre																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	De trabajo traseras (Nocturno)	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
Cabina	Espejos laterales	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	*Cinturón de seguridad	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Asiento en buen estado	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Vidrio panorámico en buen estado	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Control ingreso humo(tubo de escape)	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Alarma de retroceso-pito	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Escalera y apoyos de acceso	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Funcionamiento de puertas	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Baterías y cables	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Estado de pasadores	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Mecanismo de giro(Tornameza)	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Corona de tornameza en buen estado	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Mandos de avance	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	*Mando de estacionamiento	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Estado general desgarrador (balde)	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Mandos del levante del brazo	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Correas del motor	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Sistema de frenos	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Sistema electrico	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Mando Final	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	*Cilindros en buen estado	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Compartimiento del motor aseado	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Soportes del motor	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C												
	Manguera de agua y de alta presión	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Zapatas	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Alternador	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												

	Arranque	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Bomba hidraulica	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Rodillos Inferiores - Superiores	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
Otros	Se cuenta con lo EPP requeridos? (Casco, gafas, botas, tapaoidos?	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	El terreno tiene la suficiente consistencia para los apoyos (orugas) no se hundan durante la maniobra?	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	Botiquin de primeros auxilios dotado.	C	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C												
	*Extintor de incendio	Clase:	ABC						Capacidad:				10 lbs						Fecha de vencimiento:												NOV 2026

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los items con asterisco (*) invalida la aprobación de la retroexcavadora por parte del Auxiliar o jefe de maquinaria
Para el resto de los items que se encuentren en observación (I) incumpliendo se deberá gestionar en campo de acuerdo al requerimiento.

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Nombre de la persona a cargo de la maquina: Samuel Mesa Cargo: Operador Firma: [signature]

Inspeccionado por: Jose E. Pimienta Cargo: Inspector SST Firma: Jose E. Pimienta

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	HCO-1564	Obra o contrato	Consorcio VB Adecuaciones Tandiger
Operador	Samuel Mesa	Marca	HITACHI

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	De trabajo traseras (Nocturno)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
Cabina	Espejos laterales				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	*Cinturón de seguridad				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Asiento en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Vidrio panorámico en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Control ingreso humo(tubo de escape)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Alarma de retroceso-pito				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Escalera y apoyos de acceso				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Funcionamiento de puertas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Baterías y cables				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Estado de pasadores				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Mecanismo de giro(Tornameza)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Corona de tornameza en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Mandos de avance				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	*Mando de estacionamiento				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Estado general desgarrador (balde)				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Mandos del levante del brazo				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Correas del motor				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Sistema de frenos				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Sistema electrico				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Mando Final				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	*Cilindros en buen estado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Compartimiento del motor aseado				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Soportes del motor				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Manguera de agua y de alta presión				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Zapatas				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Alternador				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Arranque				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Bomba hidraulica				C			C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		

	Rodillos Inferiores - Superiores	/ C C C C C / C C C C C C / / C C C C C / C C C C C C /
Otros	Se cuenta con lo EPP requeridos? (Casco, gafas, botas, tapaoidos?)	/ / C C C C C / C C C C C C / / C C C C C / C C C C C C /
	El terreno tiene la suficiente consistencia para los apoyos (orugas) no se hundan durante la maniobra?	/ / C C C C C / C C C C C C / / C C C C C / C C C C C C /
	Botiquin de primeros auxilios dotado.	C C C C C / C C C C C C / C C C C C / C C C C C C /
	*Extintor de incendio	Clase: ABC — Capacidad: 10 lbs — Fecha de vencimiento: NOV 2026

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los items con asterisco (*) invalida la aprobación de la retroexcavadora por parte del Auxiliar o jefe de maquinaria
Para el resto de los items que se encuentren en observación (!) incumpliendo se deberá gestionar en campo de acuerdo al requerimiento.

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Nombre de la persona a cargo de la maquina: Samuel Mesa — Cargo: OPERADOR — Firma: [firma]

Inspeccionado por: Jose Rodrigo Granada — Cargo: Inspector SST — Firma: Jose R. Granada

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	MC 503437	Obra o contrato	Fondo 088 2025
Operador	Juan Camilo Baena	Marca	Hitachi

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehículo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)					/	C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	De trabajo traseras (Nocturno)		/				C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	/
Cabina	Espejos laterales			/			C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	*Cinturón de seguridad			/			C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	
	Asiento en buen estado			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Vidrio panorámico en buen estado			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)	/	/	/			C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	/
	Control ingreso humo(tubo de escape)			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		
	Alarma de retroceso-pito			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	/	
	Escalera y apoyos de acceso			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Funcionamiento de puertas	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	
	Baterías y cables	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		
	Estado de pasadores			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	Mecanismo de giro(Tornameza)	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	
	Corona de tornameza en buen estado	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		
	Mandos de avance	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	*Mando de estacionamiento			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	Estado general desgarrador (balde)	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	Mandos del levante del brazo	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		
	Correas del motor	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Sistema de frenos	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		/
	Sistema electrico	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	/	
	Mando Final	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	*Cilindros en buen estado		/	/			C	C	C	//	C	C	C	C	C	C			C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Compartimiento del motor aseado			/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Soportes del motor			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	/	
	Manguera de agua y de alta presión			/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Zapatas	/	/	/	/		C	C	C		C	C	C	C	C	C	/		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		
	Alternador	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Arranque	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C		/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C		/
	Bomba hidraulica	/	/	/	/		C	C	C	//	C	C	C	C	C	C	/	/	C	C	C	C	C	/	C	C	C	C	C	C	/	/

8 de 9

	Ítem	Registro (marcas manuscritas)
Otros	Rodillos Inferiores - Superiores	/ C C C C / C C C C C C / C C C C C / C C C C C /
	Se cuenta con lo EPP requeridos? (Casco, gafas, botas, tapaoidos?	/ / C C C C / C C C C C C / C C C C C / C C C C C /
	El terreno tiene la suficiente consistencia para los apoyos (orugas) no se hundan durante la maniobra?	/ / C C C C / C C C C C C / C C C C C / C C C C C /
	Botiquin de primeros auxilios dotado.	/ C C C C C C C C C C C C C C C C C C C C C
	*Extintor de incendio C	Clase: ABC · Capacidad: 5lbs · Fecha de vencimiento: Nov 2026

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los ítems con asterisco (*) invalida la aprobación de la retroexcavadora por parte del Auxiliar o jefe de maquinaria Para el resto de los ítems que se encuentren en observación (I) incumpliendo se deberá gestionar en campo de acuerdo al requerimiento.

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Nombre de la persona a cargo de la maquina: Juan [illegible] Rojas	Cargo: Operador	Firma: Camilo Rojas
Inspeccionado por: Jose R Granda	Cargo: Inspector SST	Firma: Jose R Granda

	FORMATO	Código: FT-GP-012
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL RETROEXCAVADORA ORUGAS	Fecha:13/08/2025
		Versión: Original

No. Interno	MQ 503938	Obra o contrato	Contrato VB
Operador	Rodolfo Gonzalez	Marca	Hitachi

En cada espacio escriba "C" si el parámetro cumple o "I" si el parámetro incumple o "NA" si no aplica

Parte del vehiculo	Descripción de los componentes	Mes de inspección : Noviembre																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces	De trabajo delanteras (Nocturno)					C	C	C	C		C	C																			
	De trabajo traseras (Nocturno)					NA	NA	NA	NA		NA	NA																			
Cabina	Espejos laterales					C	C	C	C		C	C																			
	*Cinturón de seguridad					C	C	C	C		C	C																			
	Asiento en buen estado					C	C	C	C		C	C																			
	Vidrio panorámico en buen estado					C	C	C	C		C	C																			
	*Indicadores (hidráulicos-refrigerantes-horómetro-corriente-aceite motor)					C	C	C	C		C	C																			
	Control ingreso humo(tubo de escape)					C	C	C	C		C	C																			
	Alarma de retroceso-pito					C	C	C	C		C	C																			
	Escalera y apoyos de acceso					C	C	C	C		C	C																			
	Funcionamiento de puertas					C	C	C	C		C	C																			
	Baterías y cables					C	C	C	C		C	C																			
Estado mecánico	*Control de fugas hidráulicas					C	C	C	C		C	C																			
	Estado de pasadores					C	C	C	C		C	C																			
	Orugas tensionadas/Vena 1/2"					C	C	C	C		C	C																			
	Mecanismo de giro(Tornameza)					C	C	C	C		C	C																			
	Corona de tornameza en buen estado					C	C	C	C		C	C																			
	Mandos de avance					C	C	C	C		C	C																			
	*Mando de estacionamiento					C	C	C	C		C	C																			
	Estado general desgarrador (balde)					C	C	C	C		C	C																			
	Mandos del levante del brazo					C	C	C	C		C	C																			
	Correas del motor					C	C	C	C		C	C																			
	Sistema de frenos					C	C	C	C		C	C																			
	Sistema electrico					C	C	C	C		C	C																			
	Mando Final					C	C	C	C		C	C																			
	*Cilindros en buen estado					C	C	C	C		C	C																			
	Compartimiento del motor aseado					C	C	C	C		C	C																			
	Soportes del motor					C	C	C	C		C	C																			
	Manguera de agua y de alta presión					C	C	C	C		C	C																			
	Zapatas					C	C	C	C		C	C																			
	Alternador					C	C	C	C		C	C																			
	Arranque					C	C	C	C		C	C																			
	Bomba hidraulica					C	C	C	C		C	C																			

S49

	Rodillos Inferiores - Superiores				/	C	C	C	C		C																						
Otros	Se cuenta con lo EPP requeridos? (Casco, gafas, botas, tapaoidos?	/		/		C	C	C	C		C																						
	El terreno tiene la suficiente consistencia para los apoyos (orugas) no se hundan durante la maniobra?		/		/	C	C	C	C		C																						
	Botiquin de primeros auxilios dotado.			/		C	C	C	C		C																						
	*Extintor de incendio C	Clase:			ABC					Capacidad:		10								Fecha de vencimiento:													

Nota: El incumplimiento de cualquiera de los items con asterisco (*) invalida la aprobación de la retroexcavadora por parte del Auxiliar o jefe de maquinaria
Para el resto de los items que se encuentren en observación (I) incumpliendo se deberá gestionar en campo de acuerdo al requerimiento.

OBSERVACIONES (Describir cualquier condición anormal observada con la fecha)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Nombre de la persona a cargo de la maquina	Juan Gonzales	Cargo: Operador	Firma:
Inspeccionado por:	Jose Rodriguez	Cargo: Inspector SST	Firma:

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Yobanny Rivera	MARCA Y PLACA	USO 470	Permiso de trabajo	SI ✓	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Diciembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias	SC	SC	SC	S						SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Espejos laterales	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Alarma de retroceso	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Pito	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Frenos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Dirección del vehiculo	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cinturón de seguridad	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cabina general	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cojineria	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Indicadores(refrigeración hidráulico, motor	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Limpiabrisas	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Vidrio frontal	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Escaleras y apoyos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Llantas (aire, labrado)	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Pasadores compuerta del volco	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Bateria y cables	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Gatos de levante del volco	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Sistema eléctrico aislado	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cardam con seguros	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Motor	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Transmisión	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Equipo de carretera	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Botiquin	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Llanta de repuesto	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Documentos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Verificar fugas de aceite	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Radio de comunicaciones	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Yobanny Rivera	FIRMA SST: Jose P. Pineda

580

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Miguel Jimenez	MARCA Y PLACA	E44554	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Diciembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Espejos laterales	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Alarma de retroceso	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Pito	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Frenos	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Dirección del vehículo	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Cinturón de seguridad	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Cabina general	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Cojinería	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Indicadores(refrigeración hidráulico, motor	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Limpiabrisas	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Vidrio frontal	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Escaleras y apoyos	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Llantas (aire, labrado)	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Pasadores compuerta del volco	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Bateria y cables	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Gatos de levante del volco	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Sistema eléctrico aislado	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Cardam con seguros	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Motor	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Transmisión	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Equipo de carretera	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Botiquín	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Llanta de repuesto	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Documentos	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Verificar fugas de aceite	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												
Radio de comunicaciones	SC	SC	SC							SC		SC	SC				SC	SC	SC												

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Miguel Jimenez	FIRMA SST: Jose E. Granada

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Johan Rolando	MARCA Y PLACA	SGST-120	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Diciembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Espejos laterales	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Alarma de retroceso	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Pito	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Frenos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Dirección del vehículo	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cinturón de seguridad	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cabina general	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cojinería	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Limpiabrisas	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Vidrio frontal	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Escaleras y apoyos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Llantas (aire, labrado)	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Pasadores compuerta del volco	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Batería y cables	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Gatos de levante del volco	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Sistema eléctrico aislado	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Cardam con seguros	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Motor	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Transmisión	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Equipo de carretera	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Botiquín	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Llanta de repuesto	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Documentos	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Verificar fugas de aceite	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												
Radio de comunicaciones	SC	SC	SC							SC	SC	SC					SC	SC	SC												

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST: José R. Granados

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Abel Prada	MARCA Y PLACA	SZT 342 Kenworth	Permiso de trabajo	SI	NO

MES DE INSPECCIÓN: Diciembre

Descripción de los componentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias																	SC	SC													
Espejos laterales																	SC	SC													
Alarma de retroceso																	SC	SC													
Pito																	SC	SC													
Frenos																	SC	SC													
Dirección del vehículo																	SC	SC													
Cinturón de seguridad																	SC	SC													
Cabina general																	SC	SC													
Cojinería																	SC	SC													
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor																	SC	SC													
Limpiabrisas																	SC	SC													
Vidrio frontal																	SC	SC													
Escaleras y apoyos																	SC	SC													
Llantas (aire, labrado)																	SC	SC													
Pasadores compuerta del volco																	SC	SC													
Bateria y cables																	SC	SC													
Gatos de levante del volco																	SC	SC													
Sistema eléctrico aislado																	SC	SC													
Cardam con seguros																	SC	SC													
Motor																	SC	SC													
Transmisión																	SC	SC													
Equipo de carretera																	SC	SC													
Botiquín																	SC	SC													
Llanta de repuesto																	SC	SC													
Documentos																	SC	SC													
Verificar fugas de aceite																	SC	SC													
Radio de comunicaciones																	SC	SC													

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Abel Prada	FIRMA SST: Jose R Gamarra

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Erick Santiago Rodriguez	MARCA Y PLACA	SMN 004	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Espejos laterales												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Alarma de retroceso												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Pito												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Frenos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Dirección del vehiculo												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Cinturón de seguridad												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Cabina general												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Cojineria												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC		SC	SC	/	/
Limpiabrisas												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Vidrio frontal												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Escaleras y apoyos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Llantas (aire, labrado)												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Pasadores compuerta del volco												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Bateria y cables												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Gatos de levante del volco												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Sistema eléctrico aislado												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Cardam con seguros												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Motor												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Transmisión												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Equipo de carretera												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Botiquín												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Llanta de repuesto												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Documentos												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Verificar fugas de aceite												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/
Radio de comunicaciones												SC	SC	SC				SC	SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	/

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose L Ramos

582

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Miguel Jimenez B	MARCA Y PLACA	EYY 589	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias				/			/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Espejos laterales				/			/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Alarma de retroceso			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Pito			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Frenos			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Dirección del vehiculo			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Cinturón de seguridad			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cabina general			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cojineria			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Limpiabrisas			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Vidrio frontal			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Escaleras y apoyos			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Llantas (aire, labrado)			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Pasadores compuerta del volco			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Bateria y cables			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Gatos de levante del volco			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Sistema eléctrico aislado			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Cardam con seguros			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Motor			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Transmisión			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Equipo de carretera			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Botiquin			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Llanta de repuesto			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	
Documentos			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Verificar fugas de aceite			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC	/	SC	SC	SC	SC	SC	SC		/
Radio de comunicaciones			/				/		/	SC	SC	SC	/	/	/	/	/		SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC	/	

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Miguel Jimenez B.	FIRMA SST: Jose E Grande

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Johan Eduardo Lopez	MARCA Y PLACA	SST 120	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Espejos laterales										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Alarma de retroceso										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Pito										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Frenos										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Dirección del vehiculo										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cinturón de seguridad										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cabina general										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cojineria										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Limpiabrisas										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Vidrio frontal										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Esacaleras y apoyos										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Llantas (aire, labrado)										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Pasadores compuerta del volco										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Bateria y cables										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Gatos de levanto del volco										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Sistema eléctrico aislado										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Cardam con seguros										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Motor										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Transmisión										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Equipo de carretera										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Botiquin										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Llanta de repuesto										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Documentos										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Verificar fugas de aceite										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		
Radio de comunicaciones										SC	SC	SC							SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC	SC		

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose R Posada

583

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple

OPERADOR	Abel Prada	MARCA Y PLACA	Kenworth 621 342	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Espejos laterales					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Alarma de retroceso					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Pito					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Frenos					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Dirección del vehiculo					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Cinturón de seguridad					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Cabina general					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Cojineria					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Limpiabrisas					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Vidrio frontal					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Esacaleras y apoyos					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Llantas (aire, labrado)					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Pasadores compuerta del volco					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Bateria y cables					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Gatos de levante del volco					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Sistema eléctrico aislado					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Cardam con seguros					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Motor					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Transmisión					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Equipo de carretera					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Botiquin					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Llanta de repuesto					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Documentos					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Verificar fugas de aceite					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										
Radio de comunicaciones					SC	SC	SC	SC		SC	SC	SC	SC	SC							SC										

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO: Abel Prada.	FIRMA SST: Jose R. Barcelo.

	FORMATO	Código: FT-GP-016
	LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL VOLQUETA	Fecha: 13/08/2025
		Versión: ORIGINAL

Marque con "SC" si el parámetro cumple o "NC" si no cumple.

OPERADOR	Sebastian Cardenas	MARCA Y PLACA	THX 556	Permiso de trabajo	SI	NO

Descripción de los componentes	MES DE INSPECCIÓN: Noviembre																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Luces y estacionarias								SC		SC		SC																			
Espejos laterales								SC		SC		SC																			
Alarma de retroceso								SC		SC		SC																			
Pito								SC		SC		SC																			
Frenos								SC		SC		SC																			
Dirección del vehículo								SC		SC		SC																			
Cinturón de seguridad								SC		SC		SC																			
Cabina general								SC		SC		SC																			
Cojinería								SC		SC		SC																			
Indicadores(refrigeración,hidráulico, motor								SC		SC		SC																			
Limpiabrisas								SC		SC		SC																			
Vidrio frontal								SC		SC		SC																			
Escaleras y apoyos								SC		SC		SC																			
Llantas (aire, labrado)								SC		SC		SC																			
Pasadores compuerta del volco								SC		SC		SC																			
Bateria y cables								SC		SC		SC																			
Gatos de levante del volco								SC		SC		SC																			
Sistema eléctrico aislado								SC		SC		SC																			
Cardam con seguros								SC		SC		SC																			
Motor								SC		SC		SC																			
Transmisión								SC		SC		SC																			
Equipo de carretera								SC		SC		SC																			
Botiquin								SC		SC		SC																			
Llanta de repuesto								SC		SC		SC																			
Documentos								SC		SC		SC																			
Verificar fugas de aceite								SC		SC		SC																			
Radio de comunicaciones								SC		SC		SC																			

OBSERVACIONES:	FIRMA DEL OPERARIO:	FIRMA SST:
		Jose E Quintero

	FORMATO	Código:
		Fecha: 13/08/2025
	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES	Versión: Original

ACTIVIDADES	ÁREA O PROCESO	RESPONSABLES	OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OBSERVACIONES
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
Inspección de EPP	Diferentes obras	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspecciones de Herramientas manuales	Diferentes obras	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspección de extintores	Administración	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspección de Botiquines	Administración	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspección de Instalaciones Locativas	Administración	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspección de Vehículos	Vehículo	Residente SST	1	1						1		1		1		1											
Inspección de maquinaria	Obra	Residente SST	1	1						1		1		1		1											

ACCION GENERADA ACCION CERRADA			GESTION DE ACCIONES CORRECTIVAS																								OBSERVACIONES
			AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	AG	AC	
Inspección de EPP	Diferentes obras	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspecciones de Herramientas manuales	Diferentes obras	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de extintores	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Botiquines	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Instalaciones Locativas	Administración	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de Vehículos	Vehículo	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspección de maquinaria	Obra	Residente SST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

ACTIVIDADES PROGRAMADAS MES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				INDICADOR ANUAL
	0	7	7	7	7	7	7	0	0	0	0	0		42
ACTIVIDADES EJECUTADAS MES	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0		14
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO MES	#¡DIV/0!	100%	100%	0%	0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		33%

ANEXO 2.5P REGISTRO ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

	FORMATO	Código: VP-FT-GAT-001
	FORMATO ENTREGA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

ENTREGADO POR: Jose Rodrigo Pianeta Palacio CARGO: Inspector SST A

DATOS PERSONALES			DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL																FIRMA RECIBIDO
FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	N° DE CEDULA	Casco de seguridad	Barbuquejo de 3 puntos	Gafas de Seguridad	Protector auditivo tipo copa	Protector Auditivo Silicona	Tapabocas desechable	Careta Protección Facial	Impermeable	Arnes cuerpo entero	Guantes de poliuretano nylflex	Guantes Vaqueta	Guantes de Caucho Industrial	Uniforme (Camisa-Pantalón)	Botas Material Seguridad	Botas Caucho Seguridad	Otros (Especifique)	
27/10/25	Jose Rodrigo Pianeta Palacio	5.186.298	1	1	1					1					2	1			
28/10/25	Brandon Hernan Quintero Tamara	1000.515.115										1			2	1			
27/10/25	Andres Felipe Lopez Sua.	1.010.234.991	1	1	1	1				1					2	1			
27/10/25	Fraiton Andres Colorado Becerra	86.066.629	1	1	1										2	1			
27/10/25	Sonia del Pozo Sanchez Forero	52330.248	1	1	1										2	1			
04/11/25	Jonatan Ramos Rojas	1085.036.903	1	1						1		1	1	1	1	1		Uniforme Overol	
04/11/25	Benjamin Ramos Gomez	85.203.996	1	1						1		1	1	1	1	1		Uniforme Overol	
27/10/25	Cesar Gustavo Ospina	79410.219	1		1			1								1		Chaleco	Cesar Ospina
27/10/25	Jose Miguel Angarita Duran	4209.682.	1		1			1								1		Chaleco	Miguel Angarita
27/10/25	Gustavo Alberto Lopez Duque	80.720.331	1		1			1								1		chaleco	Gustavo Lopez
27/10/25	Yenny Cuesta Palacios	1077.435.218	1		1			1		1						1		Chaleco	Yenny Cuesta
14/11/25	Benjamin Ramos Gomez	85.203.986									1								
14/11/25	Jonatan Ramos Rojas	1.085.036.903									1								
20/11/25	Pablo Santa Malambo	93.124.243	1	1	1		1					1	1		1	1		Uniforme Overol	
24/11/25	Miguel Angel Guerrero	1087198909																Uniforme Overol	
24/11/25	Humberto Enrique Cotes	1005773922	1	1	1			1				1	1			1		Uniforme Overol	

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social declaro que he recibido la información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art 56 y Art. 58 numeral 7. Ley 9 de 1979. Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art.22 y DECRETO 1072 de 2015 en el Artículo 2.2.4.6.10, el presente compromiso quedara archivado en Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

	FORMATO	Código: VP-FT-GST-001
	FORMATO ENTREGA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Fecha: 13/08/2025
		Versión: Original

ENTREGADO POR: Jose Rodrigo Peñaranda CARGO: Inspector SST

DATOS PERSONALES			DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL																	
FECHA	NOMBRE Y APELLIDOS	N° DE CEDULA	Casco de seguridad	Barbuquejo de 3 puntos	Gafas de Seguridad	Protector auditivo tipo copa	Protector Auditivo Silicona	Tapabocas desechable	Careta Protección Facial	Impermeable	Arnes cuerpo entero	Guantes de poliuretano Hyflex	Guantes Vaqueta	Guantes de Caucho Industrial	Uniforme (Camisa-Pantalón)	Botas Material Seguridad	Botas Caucho Seguridad	Otros (Especifique)	FIRMA RECIBIDO
26/11/2025	Sandra Milena Toledo	53006368	1	1	1		1					1	1		1	1		Overol dos Piezas	
26/11/2025	Harley Gomez	80896085													1				
2/12/2025	Benjamin Ramos	85203986											1					Cambio	
2/12/2025	Jhonatan Ramos	1085036903											1					Cambio	
9/12/2025	Benjamin Ramos	85203986			1													Reposición	
9/12/2025	Sandra Toledo	53006368											1					Cambio	
15/12/2025	Sandra Toledo	53006368												1				Guantes Caucho	
15/12/2025	Miguel Guerrero	1086198909												1				Guantes Caucho	
15/12/2025	Pablo Malambo	93121243												1				Guantes Caucho	
15/12/2025	Hubeto Cotes	1007573972			1									1				Guantes Caucho	
15/12/2025	Benjamin Ramos	85203986												1				Guantes de Caucho	
15/12/2025	Jhonatan Ramos	1085036902												1				Cambio	
16/12/2025	Miguel Guerrero	1086198909											1						

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que constituyen a mi bienestar físico, psicológico y social declaro que he recibido la información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal incluyendo ropa de trabajo, estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art 56 y Art 58 numeral 7. Ley 9 de 1979, Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994; Art.20 y DECRETO 1072 de 2015 en el Artículo 2.2.4.6.13. el presente compromiso queda en archivado en Seguridad y Salud en el Trabajo, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

HD SAS DEMOLICIONES
NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA

CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968

OBRA: Consorcio VB Adecuaciones

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Cristian Martinez

CARGO: Ayudante de demolición — C.C.

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																												FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS								PROT. RESP		OTROS				
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Tafilete	Arafia	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Vaqueta	Minilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	Polisombrilla con Elba	Chaleco reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Pantanoso	
24-Nov	V	—	B	—	—	B	B	—	B	—	B	B	—	B	—	B	B	—	—	—	B	B	—	—	B	—	—	—	—	—	

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

HD S.A.S Demoliciones y Excavaciones
NIT: 901.296.539-6

CÓDIGO	FECHA DE EMISIÓN	REVISIÓN: 02
FOR.001	oct-25	PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE QUIEN ENTREGA: PAOLA FERNANDA SANCHEZ BEDOYA
CARGO: Inspector SST — C.C. 1.000.621.968
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yeiberson Penteria
CARGO: Ayudante demolición — C.C. 1077424742
OBRA: Consorcio VB Adecuaciones

FECHA DE ENTREGA	TIPO DE ENTREGA		ELEMENTO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL																													FIRMA DEL TRABAJADOR
			PROT. PIES		UNIFORME				PROT. AUD		PROT. VISUAL			PROT. CABEZA				PROT. MANOS							PROT. RESP		OTROS					
	ENTREGA	REPOSICIÓN	Bota de Seguridad	Bota pantanera	Overol	Camisa	Pantalón	Jean	Inserción	Tipo COPA	Gafas claras	Gafas oscuras	Careta Facial	Casco	Trafinete	Arnés	Barbuquejo	Carnaza	Hilaza (PVC)	Nylon	Vinyestra	Nitrilo	Caucho	Otro	Tapa bocas	Mascarilla con filtro	Chaleco Reflectivo	Peto	Traje Tyvek	Traje Forestwero	
7-4-2026	✓	-	B	-	-	B	B	-	B	-	B	B	-	B	-	B	B	-	-	-	B	-	-	-	B	-	B	-	-	-		

NOTA: Todo EPP queda al cuidado y responsabilidad del trabajador, se realizaran cambios por deterioro más no por perdida; para que esté se haga efectivo se debe devolver el EPP deteriorado.

Scanned with CamScanner

ANEXO 2.5Q DOCUMENTACION MAQUINARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.851.438
GONZALEZ VIVAS
APELLIDOS
JOHN JAIRO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1984
GACHALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-DIC-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00086021-M-80851438-20061013 0004334500A 1 1560017007

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s)a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	80851438
NOMBRES Y APELLIDOS	González Vivas, John Jairo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	20/01/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de González Vivas, John Jairo, a los 22 días del mes de octubre del año 2025.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

ARL | sura

Medellín, 22 de Octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1005743034	CASTRO BORJA JUAN CAMILO	25/04/2025		22538471	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C80851438	GONZALEZ VIVAS JOHN JAIRO	10/06/2025		20813316	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C799813682529555132

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/10/2025 15:18:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.32.220, 192.230.104.10, 172.16.42.57

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GONZALEZ VIVAS JOHN JAIRO, CC - 80851438**, está afiliado(a) desde **13/06/2025**, como trabajador(a) de **DEMOLICIONES Y EXCAVACIONES JOSE SILVINO**, con NIT: **9003034403**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2025-06-16**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
YOJAN ESTIBENSON GONZALEZ DAZA	1141324878	Hijo
HECTOR MATIAS GONZALEZ DAZA	1141342330	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **22 de octubre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHN JAIRO GONZALEZ VIVAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80851438,** se encuentra afiliado/a desde **19/09/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL COLOMBIANA IPS SOINCO

NIT: 900.435.730-4
Licencia Salud Ocupacional
Resolución 4871 de 07/05/2019
Salud Ocupacional Integral Colombiana S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CERTIFICADO No.	134914	**Bogotá, D.C.**	2025-06-12 06:45:25
EMPRESA CONTRATANTE:	ABRIL DEMOEXCAVA SAS ABRIL DEMOEXCAVA SAS	**CARGO:**	OPERARIO
NOMBRE:	JOHN JAIRO GONZALEZ VIVAS	**DOCUMENTO No.**	CC 80851438

SE REALIZA EXAMEN DE: PARA TRABAJO EN ALTURAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMENES		CONCEPTO	OBSERVACIONES
EXAMEN AUDIOMETRIA	DIAGNOSTICO	NORMAL	
EXAMEN OPTOMETRIA	CONCEPTO	APTO CON CORRECCION OPTICA	VISIOMETRIA/PERCEPCION DEL COLOR NORMAL
GLICEMIA BASAL	OBSERVACIONES	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS)	OBSERVACIONES	NORMAL	

EXAMENES REALIZADOS

TEST PSICOMETRICO	EXAMEN OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS
EXAMEN AUDIOMETRIA	GLICEMIA BASAL	HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA	PERFIL LIPIDICO (COLT- CLDL- TGC)	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	Examen médico ocupacional satisfactorio
CONCEPTO TRABAJO EN ALTURAS	Sin Restriccion para el Cargo
OBSERVACIONES	-
RECOMENDACIONES	-USO DE EPP -REALIZAR DEPORTES 3 VECES POR SEMANA -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS -DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y ENSALADAS -REALIZAR CAMBIOS POSTURALES CADA 3 HORAS -VALORACION ANUAL POR EPS -USAR GAFAS DE CORRECCION VISUAL PARA REALIZAR LA LABOR
RESTRICCIONES	-

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES) OCUPACIONALES

USO DE EPP	HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS	DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS
CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. Julio Cesar Ortiz Bueno
C.C. - No. 14683 - 12/12/2011
R.M. 19970/1993



JULIO CESAR ORTIZ
91270727 RM: 14683
Firma y sello del Médico Evaluador

JOHN JAIRO GONZALEZ VIVAS
CC 80851438
Firma del trabajador Evaluado

Este certificado esta soportado con la Historia Clinica que reposa en los archivos de la IPS Soinco S.A.S, verificar la AUTENTICIDAD de este documento en los siguientes números PBX 746 44 46

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE POR OBRA O LABOR

Nombre del empleador: ABRIL DEMOEXCAVA SAS
Representante legal: NELSON LIBARDO ABRIL BERNAL
Nombre del empleado (a): **JOHN JAIRO GONZALEZ**
C.C 80851438

Inicio contrato 16 de junio del 2025

Cargo a desempeñar: OPERARIO DE RETROEXCAVADORA
Salario: $ 1.423.500 (SMLV) + $200.000 AUX. TRANSPORTE = $ 1.623.500 M/CTE

Entre el empleador y trabajador(a), ambas mayores de edad, identificadas como ya se anotó, se suscribe el presente CONTRATO POR OBRA O LABOR, regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Lugar. El trabajador(a) desarrollará sus funciones en las dependencias o el lugar que la empresa determine. Cualquier modificación del lugar de trabajo, que signifique cambio de ciudad, se hará conforme al Código Sustantivo de Trabajo.

SEGUNDA: Funciones. El empleador contrata al trabajador(a) para desempeñarse como OPERARIO DE RETROEXCAVADORA

TERCERA: Elementos de trabajo. Corresponde al empleador suministrar los elementos necesarios para el normal desempeño de las funciones del cargo contratado.

CUARTA: Obligaciones del contratado. El trabajador(a) por su parte, prestará su fuerza laboral con fidelidad y entrega, cumpliendo debidamente el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad, cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, al igual que no laborar por cuenta propia o a otro empleador en el mismo oficio, mientras esté vigente este contrato.

QUINTA: Término del contrato. El presente contrato tendrá una duración hasta cuando se finalice las obras de AMARILO SAS (PORTALES DE GRANADA, TERRAZAS DE GRANADA, NOGALES Y MAGNOLIO), pero podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, cumpliendo con las exigencias legales al respecto.

SEXTA: Periodo de prueba: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros 60 días de labores.

SEPTIMA: Justas causas para despedir: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 57 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

OCTAVA: Salario. El empleador cancelará al trabajador(a) un salario mensual de $ 1.423.500 (SMLV) + $200.000 AUX. TRANSPORTE = $ 1.623.500 M/CTE pagaderos en el lugar de trabajo, el día 20 y 5 de cada mes. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración

de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

NOVENA: Trabajo extra, en dominicales y festivos. El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo que correspondan a descanso, al igual que los nocturnos, será remunerado conforme al código laboral. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado u ordenado por el empleador para efectos de su reconocimiento. Cuando se presenten situaciones urgentes o inesperadas que requieran la necesidad de este trabajo suplementario, se deberá ejecutar y se dará cuenta de ello por escrito, en el menor tiempo posible al jefe inmediato, de lo contrario, las horas laboradas de manera suplementaria que no se autorizó o no se notificó no será reconocido.

DÉCIMA: Horario. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas jornada ordinaria de la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibidem.

DECIMA PRIMERA: Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación de la empleadora afiliar al trabajador a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

DECIMA SEGUNDA: Nueva obra o cambio del término del contrato. Si al finalizar la obra contratada, el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la aquí contratada o vincularlo mediante un periodo fijo o término indefinido, se deberá hacer un nuevo contrato de trabajo y no se entenderá como prorroga por desaparecer las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

DECIMA TERCERA: Modificaciones. Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.

DECIMA CUARTA: Efectos. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se hubiera celebrado entre las partes con anterioridad.

Se firma por las partes, el día 11 del mes junio de 2025

Cordialmente

Nelson Libardo Abril Bernal
ABRIL DEMOEXCAVA S.A.S
Representante Legal

Trabajador

Gmail

abril demoliciones <demolicionesabrilsas@gmail.com>

INDUCCION / REINDUCCIÓN NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE.

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de junio de 2025, 12:28
Para: demolicionesabrilsas@gmail.com

Gracias por llenar INDUCCION / REINDUCCIÓN NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

INDUCCION / REINDUCCIÓN NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE.

Descripción: notificación de riesgos para los profesionales, areas de administración, técnicos y operarios, que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

Correo electrónico *

demolicionesabrilsas@gmail.com

Sección sin título

EMPRESA *

ABRIL DEMOEXCAVA SAS

Usted se dispone a realizar *

- ( ) INDUCCION
- (•) REINDUCCION

NOMBRE COMPLETO *

John Jairo Gonzales Vivas

CARGO *

Operario de retro excavadora

AREA *

- [ ] Administrativa
- [x] Operativa

FECHA DE APLICACION DE LA INDUCCION / REINDUCCION *

DD MM AAAA

13 / 06 / 2025

TIPO DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL QUE RECIBE INDUCCION / REINDUCCION *

- ( ) Termino Fijo Inferior a un año
- ( ) Término Indefinido
- (•) Contrato por obra labor
- ( ) Contrato de Aprendizaje
- ( ) Prestacion de servicios (solo aplica para personal externo)
- ( ) Otros: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD *

- ( ) Primaria
- (•) Bachiller
- ( ) Tecnico
- ( ) Tecnólogo
- ( ) Profesional
- ( ) Otros: _____

RIESGOS EXISTENTES

Seleccione a cuales de los siguientes riesgos usted esta expuesto *

- [x] Mecánico: Atraparniento, movimientos involuntarios, abrasiones, punciones, contusiones y golpes por objetos desprendidos o proyectados.
- [x] Locativos: Golpes, caída a diferente nivel, terrenos inestables, huecos y suelos de materia deslizante.
- [ ] Psicolaborales: Turnos, estrés, carga dinámica, manejo de público, entorno laboral y manejo documentación, Contenido de la tarea Presión de trabajo
- [ ] Físico: ruido e iluminación.
- [ ] Riesgo Publico: Atracos, robo, amenaza y seguridad vial

- [ ] Químico: Material particulado y vapores
- [ ] Biológico: Animales y materia orgánica o residuos en descomposición
- [x] Biomecánico - Ergonómico: Posturas inadecuadas, micro movimientos repetitivos de manos y posturas continuadas Sobreesfuerzos: manejo de cargas.
- [ ] Eléctrico: Redes de energía eléctrica y uso incorrecto o manipulación de red

ACCIONES PREVENTIVAS EN PERSONAL ADMINISTRATIVO - SELECCIONE LAS SIGUIENTES CASILLAS *



- [ ] Los artículos pesados deben colocarse en los estantes bajos.



- [ ] Cerrar los cajones de los escritorios o archivos luego de usarlos.



- [ ] Abrir o cerrar con cuidado cualquier tipo de puerta, para evitar golpear a alguien.



- [ ] Cuando se necesite tomar algo que se encuentre en un estante alto, evitar subir a una silla, cajón u objeto similar.





- [ ] No dejar al alcance de la mano objetos punzantes o filosos, guardar en recipientes seguros.
- [x] NO APLICA SOY PERSONAL OPERATIVO

ACCIONES DE PREVENTIVAS EN PERSONAL OPERATIVO - SELECCIONE LAS SIGUIENTES CASILLAS *



☑ Utilizar los elementos de protección personal.



☑ Beber agua con frecuencia, sobre todo en las épocas de calor (mantenerse hidratado).



☑ Contar equipos de seguridad y de extinción de incendios aprobados y de acceso inmediato.



☑ Tomar en cuenta las instrucciones de los fabricantes, las recomendaciones sobre equipos de protección y las instrucciones para la utilización segura.

NO APLICA

☐ NO APLICA SOY PERSONAL ADMINSTRATIVO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (socialización)

1. Al ingresar el personal se le hace la entrega de los respectivos de EPP de acuerdo a la labor a desarrollar, se procede a la respectiva inducción y entrega del presente documento.
2. Si el trabajador se encuentra en sus actividades labores sin sus respectivos elementos se le realizará un llamado de atención.
3. Los llamados de atención pueden ser de cualquier persona perteneciente a las directivas de oficina.
4. Si el elemento de protección personal está en condiciones defectuosas que impidan la realización de su trabajo se procederá a la reposición de sus elementos de protección personal.

SG-SST: "SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO" (socialización)

Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

Funciones:

1. Reducir los costos y tiempos improductivos debidos a accidentes laborales o enfermedades laborales.
2. Introduce la mejora continua para la eficacia en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

POLÍTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (socialización)

1. Cero Alcohol, Cero sustancias psicoactivas y Cero Tabaquismo
2. Salud y Seguridad
3. Medio Ambiente.

OBJETIVOS DEL SG-SST (socialización)

1. Identificar los Factores de Riesgo existentes, con el fin de poner en práctica medidas de control que mejoren las condiciones de trabajo y salud.
2. Crear estándares de seguridad y vigilancia que ayuden a evitar accidentes de trabajo y enfermedad laborales.
3. Lograr 0 accidentes en la realización de los trabajos en alturas.
4. Procurar una adecuada y oportuna atención médica en caso de accidente de trabajo o enfermedad laborales.
5. Optimizar las condiciones de orden y aseo dentro de las instalaciones.
6. Causar el menor impacto sobre el medio ambiente durante el desarrollo de la labor.

7. Planear, organizar y desarrollar eventos de instrucción y capacitación que sirvan de elementos de formación integral en el trabajo y fomente la participación activa de los trabajadores en general.

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL (socialización)

La constitución de los Comités de Convivencia Laboral se hace como una medida preventiva de acoso laboral que contribuye a proteger a los trabajadores contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo. (Ley 1010 de 2006 y Resoluciones 652 de 2012 y 1356 2012)

1. Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
2. Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
3. Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos
4. Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.

REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO (socialización)

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Según el artículo 9 del decreto 1295 de 1994, el accidente de trabajo "es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte".

"Igualmente se considera accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas del trabajo.

REPORTE

1. Informar al jefe inmediato
2. Informar a ARL

¿Cuánto tiempo tengo para reportar un accidente de trabajo? Es obligatoriedad de todos los empleados, realizar el reporte de los accidentes de trabajo en los siguientes 2 días después de que este suceda.

EXAMEN OCUPACIONAL (socialización)

Son aquellos exámenes médicos practicados a los trabajadores con el propósito de:

1. Determinar si un trabajador tiene contraindicación o no para desempeñarse en una situación de riesgo.
2. Establecer posibles alteraciones de salud frente a la exposición a un determinado agente de riesgo.

TIPO DE EXAMEN

- Ingreso OBLIGATORIO

- Periódico OBLIGATORIO
- Egreso OPCIONAL, SI EL TRABAJADOR QUIERE

PLAN DE EMERGENCIA (socialización)

Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.

BRIGADA DE EMERGENCIA

1. Primeros auxilios
2. Rescate y evacuación
3. Contra incendios

COVID 19 (socialización)

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar gravemente o morir.

Para evitar la propagación de la COVID-19, sigue estas recomendaciones:

- Mantén una distancia de seguridad con otras personas (de 1 metro como mínimo), aunque no parezca que estén enfermas.
- Utiliza mascarilla en público, especialmente en interiores o cuando no sea posible mantener el distanciamiento físico.
- Prioriza los espacios abiertos y con buena ventilación en lugar de los espacios cerrados. Si estás en interiores, abre una ventana.
- Lávate las manos con frecuencia. Usa agua y jabón o un desinfectante de manos a base de alcohol.
- Vacúnate cuando sea tu turno. Sigue las directrices sobre vacunación de las autoridades locales.

COPASST (socialización)

¿Qué empresas deben tener un Copasst?

Sin importar que tenga un restaurante, una peluquería o un almacén de zapatos... Todas las empresas e instituciones, públicas o privadas que tengan a su servicio diez (10) o más trabajadores están obligadas a tener un Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.

¿Y qué pasa si su negocio tiene menos de 10 empleados? En este caso, se debe nombrar un vigía, una figura que tiene como función participar de las actividades de promoción, divulgación e información, sobre seguridad y salud en el trabajo.

Funciones del Copasst

De acuerdo a la Legislación Colombiana; al artículo 11 de la Resolución 2013 de 1986 y al Decreto 1072 de 2015, algunas funciones de este comité son:

1. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
2. Visitar periódicamente los lugares de trabajo e inspeccionar los ambientes, máquinas, equipos y las operaciones realizadas por el personal.
3. Estudiar y considerar las sugerencias de los trabajadores, en materia de medicina, higiene y seguridad industrial.
4. Proponer y participar en actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo
5. Colaborar en el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y proponer al empleador las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia.

PARTES GENERALES DE SGSST (socialización)

1. Política de SGSST
2. Rendición de cuentas
3. Recursos SGSST
4. Copasst: "comité paritario o vigía en seguridad y salud en el trabajo"
5. Información documentada
6. Comunicación SG-SST
7. Legislación
8. Plan anual de capacitación
9. Identificación de peligros
10. Evaluación inicial
11. Objetivos SG-SST
12. Descripción sociodemográfica
13. Medidas de prevención y control
14. Adquisiciones y contratistas
15. Plan de emergencias
16. Indicadores de estructura
17. Auditoria y alta revisión
18. Investigación de incidentes y mejoras

OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR Y EMPLEADOS (socialización)

Se le informa las obligaciones de los empleados, el empleador y ARL

RESPONSABILIDADES DEL SGSST



RESPONSABILIDAD SG-SST

GERENCIA

1. Suministrar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del SG-SST.
2. Asignar y comunicar responsabilidades a los Trabajadores en Seguridad y Salud en el Trabajo dentro del marco de sus funciones.
3. Garantizar la consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigía Ocupacional
4. Garantizar la supervisión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
5. Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
6. Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
7. Garantizar la disponibilidad de personal competente para liderar y controlar el desarrollo de la Seguridad y Salud en el Trabajo
8. Garantizar un programa de inducción y entrenamiento para los trabajadores que ingresen a la empresa.

ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS

1. Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
2. Participar en la construcción y ejecución de planes de acción.
3. Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
4. Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.
5. Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo.
6. Participar en las inspecciones de seguridad.
7. Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
8. Procurar el cuidado integral de su salud.
9. Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.
10. Cumplir las normas de seguridad e higiene propias de la empresa.
11. Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
12. Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato.

RESPONSABLE DEL SGSST

1. Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG mínimo una vez al año realizar su evaluación
2. Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del SG-SST
3. Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación del SG-SST
4. Coordinar con los jefes de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos hacer la priorización para focalizar la intervención.
5. Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
6. Promover la comprensión de la política en todos los niveles de la organización.
7. Gestionar los recursos para cumplir con el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y hacer seguimiento a los indicadores.
8. Coordinar las según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
9. Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo
10. Implementación y seguimiento del SG-SST

PARTES DE LA INDUCCION / REINDUCCIÓN

Marque los temas de la inducción / reinducción que recibió *

- [x] Aspectos de Seguridad y Salud En el Trabajo
- [x] Comité paritario de Seguridad y Salud En el Trabajo (Copasst)
- [x] Políticas SST, alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo
- [x] Principios Básicos de la Seguridad y Salud En el Trabajo
- [ ] Reporte de accidente e incidente.
- [ ] Derecho Examen Ingreso- Notificación examen de Egreso.
- [ ] Comité de convivencia laboral
- [x] COVID 19
- [ ] Manejo de emergencia
- [ ] Roles y responsabilidades
- [ ] Identificación de riesgos y priorización de riesgos
- [ ] Otros: _____

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN / REINDUCCION

Reflexione lo siguiente: ¿Por qué me cuido?