INFORME MENSUAL SST No. 11 DE INTERVENTORÍA

CONSORCIO PRO-TEV 24

CONTRATO DE INTERVENTORIA No. CIN-1738-2024

"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN."

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR

PERIODO DEL 10 DE DICIEMBRE DEL 2025 AL 9 DE ENERO DE 2026

COPIA CONTROLADA	SI	NO
ORIGINAL	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR	
COPIA	INTERVENTORÍA	

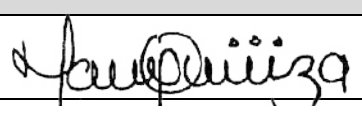
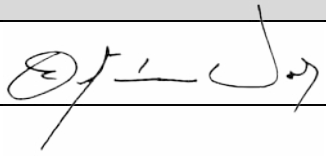
ELABORÓ: *PROFESIONAL SST DE INTERVENTORÍA – ELVIA MARCELA GÜIZA SALCEDO*	VERIFICÓ Y APROBÓ: *DIRECTOR DE INTERVENTORÍA – OSCAR EDUARDO TEATINO*
	

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 5

2 OBJETIVOS 6

2.1 OBJETIVO GENERAL 6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

3 ASPECTOS GENERALES CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORÍA 7

3.1 GENERALIDADES CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024 7
3.2 GENERALIDADES CONTRATO DE OBRA No. 1726-2024 8

4 GENERALIDADES DEL PROYECTO 9

4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 9
4.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 9
4.3 NOVEDADES A LOS CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORIA 12
4.4 SEGMENTOS PRIORIZADOS A INTERVENIR DEL ESPACIO PUBLICO 12

5 ACTIVIDADES SG-SST EJECUTADAS ETAPA DIAGNOSTICO 15

5.1 PERSONAL DE OBRA 15
5.2 PERSONAL DE INTERVENTORÍA 21
5.3 AFILIACIÓN PERSONAL DE OBRA 21
5.4 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 22
5.5 COMITÉS 22
5.6 INDUCCIÓN, CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD 23
5.7 ENTREGA DE EPP Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS 25
5.8 MAQUINARIA DE OBRA 26
5.9 INSPECCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST) 27
5.10 ACTIVIDADES SST EN OBRA 30
5.11 ESTADÍSTICAS DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO 31
5.12 CARACTERIZACIÓN PERSONAL DE OBRA 37
5.13 HORAS HOMBRE TRABAJADAS 38

6 CONCLUSIONES 40

7 ANEXOS 41

7.1 ANEXO 1. LISTADO PERSONAL DE OBRA 41
7.2 ANEXO 2. INDUCCIÓN 41
7.3 ANEXO 3. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA 41
7.4 ANEXO 4. CERTIFICADO REVISOR FISCAL 41
7.5 ANEXO 5. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA 41
7.6 ANEXO 6. REUNIÓN COPASST Y COCOLA 41

7.7 ANEXO 7. BRIGADISTA 41
7.8 ANEXO 8. CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD 41
7.9 ANEXO 9. DOCUMENTOS MAQUINARIA 41
7.10 ANEXO 10. CRONOGRAMA DE INSPECCIONES 41
7.11 ANEXO 11. PREOPERACIONALES 41
7.12 ANEXO 12. INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS 41
7.13 ANEXO 13. INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUÍN 41
7.14 ANEXO 14. INSPECCIÓN DE EXTINTORES 41
7.15 ANEXO 15. INSPECCIÓN DE EPP´S 41
7.16 ANEXO 16. PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA 41
7.17 ANEXO 17. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD 41
7.18 ANEXO 18. MATRIZ DE PELIGRO 41
7.19 ANEXO 19. CAMPAMENTOS 42
7.20 ANEXO 20. ACCIDENTES DE TRABAJO 42
7.21 ANEXO 21. SIMULACRO DE EVACUACIÓN 42

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. *Localización del sector Ciudad Bolívar – Fuente: Google maps.* *9*
Ilustración 2. *Localización segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024 – Fuente: Google Earth.* ***11***
Ilustración 3. *Charlas de inducción a personal que ingresó durante el periodo.* ***24***
Ilustración 4. *Capacitaciones y charlas de seguridad realizadas por el contratista de obra.* ***25***
Ilustración 5. *Entrega de dotación.* ***26***
Ilustración 6. *Inspección de botiquín y camilla.* ***29***
Ilustración 7. *Inspección de extintor.* ***30***
Ilustración 8. *Relación de trabajadores y frecuencia de accidentalidad.* ***32***
Ilustración 9. *Relación de trabajadores y número de accidentes.* ***33***
Ilustración 10. *Relación entre severidad y número de trabajadores.* ***34***
Ilustración 11. *Distribución personal de obra.* ***38***

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024*..... *7*
Tabla 2. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024*..... *8*
Tabla 3. *Listado segmentos de espacio público contractuales COP-1726-2024 – Fuente: Anexo Técnico.* *11*
Tabla 4. Frentes priorizados. *14*
Tabla 5. *Frentes a intervenir con adición no. 1.* *14*
Tabla 6. *Personal clave de contrato de obra.* *17*
Tabla 7. *Personal operativo de obra*..... ***20***
Tabla 8*. Cantidad de personal en obra.* *20*
Tabla 9. *Resumen del estado de personal de obra.* *21*
Tabla 10. *Personal de interventoría.* ***21***
Tabla 11. *Maquinaria de obra.* ***26***
Tabla 12. *Permisos de trabajo.* *30*
Tabla 13. *Reporte de accidentalidad y ausentismo de obra.* *32*
Tabla 14. *Incidencia de enfermedad laboral del contratista de obra.* *36*
Tabla 15. *Ausentismo laboral.* *36*
Tabla 16. *Ausentismo laboral.* *37*
Tabla 17. *Caracterización personal de obra.* *38*

1 INTRODUCCIÓN

El documento relacionado y descrito a continuación, contienen la información de revisión y/o verificación y/o validación a cada uno de los procesos y procedimientos SST ejecutados entre el 10 de diciembre de 2025 y el 9 de enero de 2026 durante la **ETAPA DE EJECUCIÓN** del Contrato de obra No COP-1726-2024, del proyecto que tiene por objeto **"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN."**

El presente informe ha sido elaborado por el equipo de profesionales del **CONSORCIO PRO-TEV 24**, bajo la dirección del ingeniero **OSCAR EDUARDO TEATINO VARGAS**, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en el anexo técnico del contrato de interventoría.

En el marco del CONTRATO No. CIN-1738-2024, mediante el cual el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR selecciona a la firma **CONSORCIO PRO-TEV 24**, como interventor para realizar la ***"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"***, para el día 30 de diciembre de 2024 se suscribe y se firma el CONTRATO DE INTERVENTORÍA y el día 10 de febrero de 2025 se suscribe y se firma el ACTA DE INICIO; posterior a este proceso se realizó la expedición de las pólizas que luego se remitieron al **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR**, mediante oficio CPT24 – 2501 – 21645 del día 16 de enero de 2025 y cargadas a la plataforma Secop 2 el día 25 de febrero de 2025.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Presentar a la Entidad Contratante, **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR**, el informe SST correspondiente al período del 10 de diciembre de 2025 al 9 de enero de 2026. Dicho informe tiene como objetivo reportar e identificar los riesgos y/o peligros presentes en el desarrollo del contrato, para finalmente establecer un control. De igual manera hacer la verificación de cumplimiento con la normatividad vigente en el área de riesgos laborales

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el seguimiento y control SST a la ejecución del contrato de obra No. COP-1726-2024, verificando el cumplimiento de las normativas para la atención y prevención de riesgos laborales, la implementación y divulgación al personal de obra de la misma.

- Realizar un verificación y seguimiento **al SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** facilitada por el contratista de obra, buscando mejorar y mantener la salud y seguridad de los trabajadores.

3 ASPECTOS GENERALES CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORÍA

3.1 GENERALIDADES CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024

"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA (CONTABLE), JURÍDICA (LEGAL), AMBIENTAL, SOCIAL, PMT Y SST (SISO) AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CUYO OBJETO ES: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° CIN-1738-2024	
CONTRATISTA:	CONSORCIO PRO-TEV 24
REPRESENTANTE LEGAL /DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	ING. OSCAR ANDRES PLAZAS ROLDAN
NIT:	901.902.809-0
FECHA FIRMA CONTRATO:	30 DE DICIEMBRE DE 2024
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	ONCE (11) MESES
FECHA DE ACTA DE INICIO:	10 DE FEBRERO DE 2025
FECHA SUSCRIPCIÓN DE PRORROGA NO. 1:	30 DE JULIO DE 2025
PLAZO PRORROGA NO. 1:	CINCO (5) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO:	9 DE ENERO DE 2025
FECHA ACTUALIZADA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO (*Con Prorroga No. 1)*:	9 DE JUNIO DE 2025
PLAZO ACTUALIZADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (*Incluido Prorrogas):*	DIECISÉIS (16) MESES
PLAZO TRANSCURRIDO DEL CONTRATO:	ONCE (11) MESES
VALOR INICIAL CONTRATO INTERVENTORÍA:	$818.181.818,00 M/CTE.
VALOR ADICIÓN NO. 1 CONTRATO:	$409.090.909,00 M/CTE.
VALOR DE ADICIONES:	$409.090.909,00 M/CTE.
VALOR ACTUALIZADO CONTRATO INTERVENTORIA *(Incluido Adiciones):*	**$**1.227.272.727,00 M/CTE.
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO ALCALDÍA CIUDAD BOLIVAR:	DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE

Tabla 1. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024.*

3.2 GENERALIDADES CONTRATO DE OBRA No. 1726-2024

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA N° FDLCB-COP-1726-2024	
Número de contrato:	FDLCB-COP-1726-2024
Objeto:	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN".
Nombre del contratista:	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
NIT:	901.903.126-3
Representante legal:	Paolo Andrés Bianchi Ganem
Entidad contratante:	Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar
Plazo inicial de ejecución del contrato:	Diez (10) meses
Fecha de acta de inicio:	10 de febrero de 2025
Fecha suscripción prorroga no. 1:	30 de julio de 2025
Plazo prorroga no. 1:	Cinco (5) meses
Fecha terminación inicial del contrato:	9 de diciembre de 2025
Fecha actualizada de terminación del contrato (Incluido prorroga no. 1):	9 de mayo de 2026
Plazo actualizado de ejecución del contrato (Incluido Prorrogas):	Quince (15) meses
Plazo transcurrido del contrato:	Once (11) meses
Valor inicial del contrato:	$ 8.181.818.182,00 M/CTE
Valor adición no. 1 del contrato:	$ 4.342.909.091,00 M/CTE
Valor total de adiciones:	$ 4.342.909.091,00 M/CTE
Valor actualizado del contrato (Incluido adiciones):	$ 12.524.727.273,00 M/CTE

Tabla 2. *Control Legal de CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. CIN-1738-2024.*

4 GENERALIDADES DEL PROYECTO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El presente contrato de obra se estipuló con un plazo de ejecución de diez (10) meses contados a partir de la firma del acta de inicio que se efectuó el día 10 de febrero de 2025, este plazo comprende dos etapas: Etapa Previa o Preliminar y Etapa de Construcción.

Inicialmente el contrato suscrito contempla intervenir veinticuatro (24) segmentos de espacio público, con un valor inicial de OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS ($ 8.181.818.182,00) M/CTE, priorizados por el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR. Posteriormente, el día 30 de julio de 2025 se aprobó y suscribió por parte de la entidad, la Adición y Prórroga No. 1 del contrato de obra en el cual se prorrogaron 5 meses y se realizó una adición de $ 4.342.909.091,00 M/CTE dando así un valor total del contrato de ($ 12.524.727.273,00) M/CTE.

4.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

El presente proyecto se llevará a cabo en la localidad número 19 del Distrito Capital – Ciudad Bolívar.

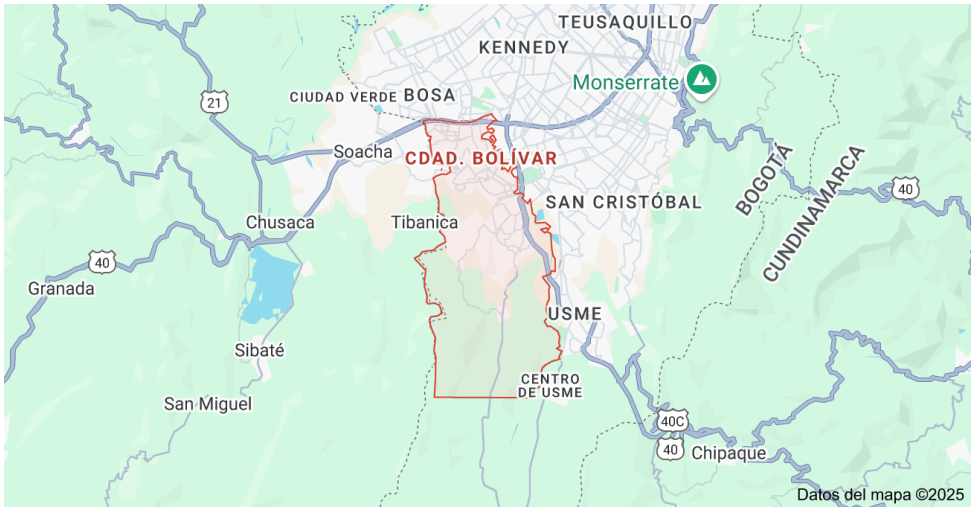


Ilustración 1. *Localización del sector Ciudad Bolívar – Fuente: Google maps.*

El contrato suscrito contempla intervenir veinticuatro (24) segmentos de espacio público contractuales, priorizados por el FDLCB:

No.	CIV	PK_ID ORIENTAL	PK_ID OCCIDENTAL	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO
1	19002305	20010214		TV 73 I	DG 73 C SUR	CL 69 F SUR	SIERRA MORENA SECTOR II
2	19002223	20007394		TV 73 I	CL 69 F SUR	CL 69 D SUR	SIERRA MORENA SECTOR II
3	19013470	20009792		CL 68 H SUR	TV 33	TV 32	VILLAS DE BOLIVAR
4	19005419	451102		KR 42	CL 73 SUR	CL 73 B BIS SUR	ARBORIZADORA ALTA
5	19005439	451130		KR 42	CL 73 B BIS SUR	CL 74 A SUR	ARBORIZADORA ALTA
6	19009414	459085	459083	KR 17 F	CL 69 C SUR	CL 69 F SUR	LUCERO BAJO
7	19009455	459146	459148	KR 17 F	CL 69 F SUR	CL 70 SUR	LUCERO BAJO
8	19009503	459146	459148	KR 17 F	CL 70 SUR	CL 70 BIS SUR	LUCERO BAJO
9	19009556	459319	459317	KR 17 F	CL 70 BIS SUR	CL 70 BIS B SUR	LUCERO BAJO
10	19009597	92068153	92068135	KR 17 F	CL 70 BIS B SUR	CL 70 A SUR	LUCERO BAJO
11	19014056	92078009	92078220	KR 17 F	CL 70 A SUR	CL 70 A BIS SUR	LUCERO BAJO
12	19009689	459520	459518	KR 17 F	CL 70 A BIS SUR	CL 70 B SUR	LUCERO BAJO
13	19009840	459748	459782	KR 17 F	CL 70 B SUR	CL 70 C SUR	LUCERO BAJO
14	19000490	92070412		DG 60 SUR	KR 75 F	CL 60 A SUR	LA ESTANCIA
15	19012925	469122		DG 60 SUR	KR 75 D	KR 75 F	LA ESTANCIA
16	19015222	92083003		CL 59 C SUR	TV 49	KR 48	LA CORUÑA
17	19014803	92082829		KR 75 L	CL 62 K SUR	CL 63 A SUR	MIRADOR DE LA ESTANCIA
18	19007318	454561		KR 16 C	CL 60 G SUR	CL 62 BIS SUR	MEISEN
19	19015507	92070204		CL 62 C SUR	KR 62 A	KR 62 B	SANTA ROSA
20	19015508	92070215		CL 62 C SUR	KR 62 B	KR 63	SANTA ROSA

21	19015510	92070199		CL 62 C SUR	KR 63	KR 63 BIS	SANTA ROSA
22	19015512	92070213		CL 62 C SUR	KR 63 BIS	KR 63 A	SANTA ROSA
23	19005830	20013276		CL 78 B SUR	TV 37	TV 36	SUPER LOTE 10
24	19005994	20002527		TV 35	CL 79 SUR	DG 81 SUR	SUPER LOTE 10

Tabla 3. *Listado segmentos de espacio público contractuales COP-1726-2024 – Fuente: Anexo Técnico.*

En la siguiente figura se muestra la ubicación de los segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024:

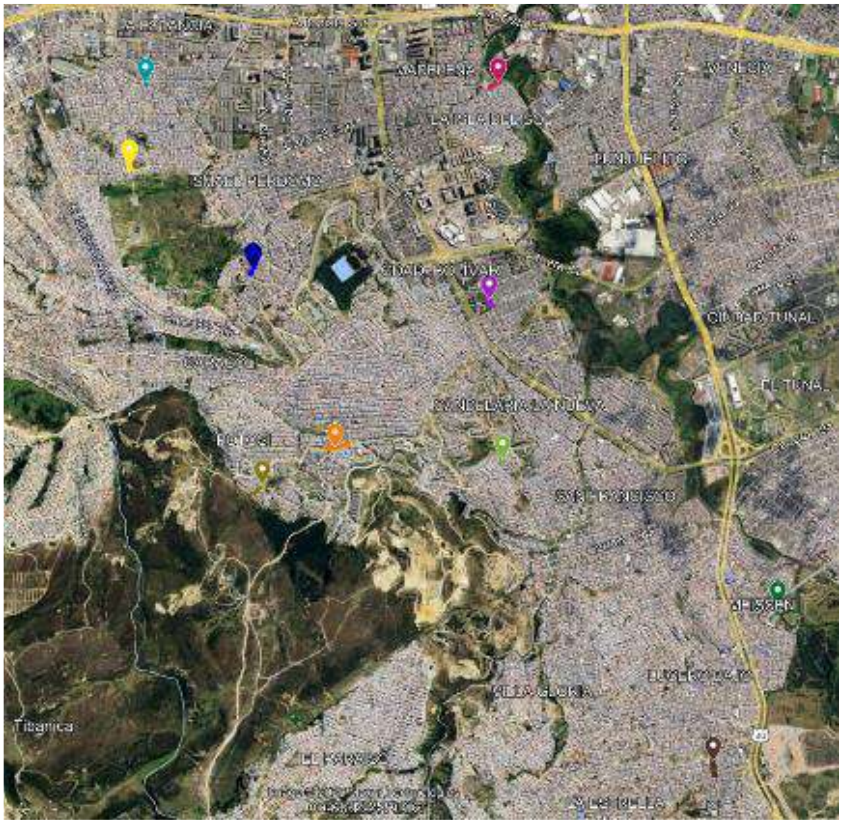


Ilustración 2. *Localización segmentos para la ejecución del contrato COP-1726-2024 – Fuente: Google Earth.*

Según las obligaciones contractuales del contrato de obra No. COP-1726-2024, se realizó el recorrido y visita en cada uno de los segmentos de espacio público en conjunto con el Apoyo a la Supervisión y el contratista de obra.

4.3 NOVEDADES A LOS CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORIA

El día 1 de julio de 2025, mediante los oficios **CPT24–2506–22204** y **CPT24–2507–22213**, esta interventoría otorgó aval favorable a la solicitud de Adición No. 1 y Prórroga No. 1 del Contrato de Obra No. FDLCB-1726-2024, presentada por el Consorcio MAVINP DEL NORTE a través del oficio CMN-COP-1726-2024-079, radicado el 27 de junio de 2025. Adicionalmente, se remitió la documentación correspondiente a la Supervisión del contrato y se efectuó la solicitud formal de adición y prórroga tanto para el Contrato de Obra No. FDLCB-1726-2024 como para el Contrato de Interventoría No. FDLCB-CIN-1738-2024, presentando los respectivos soportes técnicos, presupuestales y cronológicos que justifican la viabilidad de las modificaciones contractuales propuestas.

Los segmentos relacionados y contemplados para ser intervenidos con la adición son segmentos priorizados por parte del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar que cuentan con diseños y por alcance presupuestal no se han alcanzado a intervenir en contratos de obra anteriores. Se definen inicialmente 17 segmentos viales con los cuales se proyecta intervenir CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS (4.492 m2) metros cuadrados de espacio público, mejorando la calidad de vida de los habitantes del sector, ofreciendo mayores garantías para el acceso a diferentes servicios y disminuyendo de manera importante la inseguridad por la conectividad que se genera en la zona con el desarrollo del proyecto.

El día 30 de julio de 2025, fue aprobada y suscrita la Adición y Prórroga No. 1 de los contratos de obra No. FDLCB-1726-2024 y de interventoría No. FDLCB-CIN-1738-2024, cuya documentación fue carga a la plataforma SECOP II, y reconocida por la entidad contratante.

4.4 SEGMENTOS PRIORIZADOS A INTERVENIR DEL ESPACIO PUBLICO

En el desarrollo del Contrato de obra 1726-2024 se tenían previstos 24 segmentos de espacio (CIV) para la intervención, sin embargo, se dejó la aclaración de que podría tener variaciones tanto de inclusión como de exclusión, por eso, durante el desarrollo de la etapa de previa o preliminar, mediante recorridos en conjunto con el contratista de obra y el apoyo a la supervisión en los diferentes frentes de obra, se han presentado exclusiones e inclusiones de segmentos de espacio público de acuerdo con priorización del FDLCB y necesidades de la comunidad. Conforme al comunicado emitido por la supervisión del contrato el día 14 de marzo de 2025 con asunto "Aprobación de segmentos viales para contrato de obra pública 1726 del 2024". Posteriormente, durante el comité No. 5 llevado a cabo el 22 de abril entre el Contratista, Interventoría y la Supervisión del FDLCB, se establecieron nuevamente exclusiones e inclusiones de CIV y PK que estarán priorizados durante la ejecución del contrato.

Una vez aprobada y suscrita la Adición y Prórroga No. 1 del contrato de obra, la Supervisión del contrato remitió, el 12 de agosto de 2025, un comunicado con asunto "**Aprobación de segmentos viales para contrato de obra pública 1726 del 2024 incluida adición**", en el cual se informa el estado de los segmentos a intervenir,

definidos durante el Comité No. 5. En dicho documento se establece cuáles serán excluidos, de acuerdo con lo evidenciado en la Etapa I – Diagnóstico, y se presenta el listado de segmentos que se planea ejecutar dentro del alcance de la Adición No. 1 del contrato.

Posteriormente, el día 19 de noviembre de 2025 la supervisión envío nuevamente por correo electrónico el documento "**Aprobación de segmentos viales para contrato de obra pública 1726 del 2024 correspondientes a la adición presupuestal No. 01**" con ajuste a los segmentos finales a intervenir con los recursos asignados a la adición No. 1.

Los segmentos viales o CIV aprobados se detallan a continuación:

N°	CIV	PK_ID ANDEN ORIENTAL	PK_ID ANDEN OCCIDENTAL	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO	ESTADO
1	19002305	CIV COMPLETO		TV 73 I	DG 73C SUR	CL 69 F SUR	SIERRA MORENA SECTOR II	EXCLUIDO
2	19002223	CIV COMPLETO		TV 73 I	CL 69 F SUR	CL 69 D SUR	SIERRA MORENA SECTOR II	EXCLUIDO
3	19013470	CIV COMPLETO		CL 68 H SUR	TV 33	TV 32	VILLAS DE BOLIVAR	EN EJECUCIÓN
4	19009414	459085	459083	CR 17 F	CLL69 C SUR	CLL 69 D SUR	LUCERO BAJO	EXCLUIDO
5	19009455	459146	459148	CR 17 F	CLL 69 D SUR	CLL 69 F SUR	LUCERO BAJO	EXCLUIDO
6	19009503	459241	459239	CR 17 F	CLL 69 F SUR	CLL 70 SUR	LUCERO BAJO	EXCLUIDO
7	19009556	459319	459317	CR 17 F	CLL 70 SUR	CLL 70 BIS SUR	LUCERO BAJO	EXCLUIDO
8	19009597	92068153		CR 17 F	CLL 70 BIS SUR	CLL 70 B BIS SUR	LUCERO BAJO	EXCLUIDO
9	19000490	92070412		DG 60 SUR	CR 75F	CLL 60 A	LA ESTANCIA	FINALIZADO
10	19012925	469122	92070413	DG 60 SUR	CR 75 D	CR 75F	LA ESTANCIA	FINALIZADO
11	19000558	441384		DG 60 SUR	KR 75 C	KR 75 C	LA ESTANCIA	FINALIZADO
12	19015222	92083003		CLL 59 C SUR	TV 49	CR 48	LA CORUÑA	EN EJECUCIÓN
13	19014803	92082829	92082830	CR 75 L	CL 62 K SUR	CL 63 A SUR	MIRADOR DE LA ESTANCIA	EN EJECUCIÓN
14	19015506	92071288		CL 62 C SUR	CR 62	CR 62 A	SANTA ROSA	FINALIZADO
15	19015507	92070204		CL 62 C SUR	CR 62 A	CR 62 B	SANTA ROSA	FINALIZADO
16	19015508	92070215		CL 62 C SUR	CR 62 B	CR 63	SANTA ROSA	FINALIZADO
17	19015510	92070199		CL 62 C SUR	CR 63	CR 63 B	SANTA ROSA	FINALIZADO
18	19015512	92070213		CL 62 C SUR	CR 63 B	CR 63 A	SANTA ROSA	FINALIZADO
19	19005830	CIV COMPLETO		CL 78 B SUR	TV 37	TV 36	SUPER LOTE 10	EN EJECUCIÓN
20	19005994	CIV COMPLETO		TV 36	CLL 79 SUR	DG 81SUR	SUPER LOTE 10	EN EJECUCIÓN
21	19014903	443933	443932	CR 73 D	CL 64 A SUR	CL 65 SUR	COOPERATIVA VIVIENDA ISMAEL PERDOMO ALTO	EN EJECUCIÓN
22	19000369	CIV COMPLETO		CR 66	CL 60 A SUR	CL 60 SUR	MADELENA	FINALIZADO
23	19000313	CIV COMPLETO		CR 66	CL 59 A SUR	CL 60 SUR	MADELENA	FINALIZADO
24	19000255	CIV COMPLETO		CR 66	CL 59 SUR	CL 59 A SUR	MADELENA	FINALIZADO
25	19005552	CIV COMPLETO		CR 39	CL 78 SUR	SE	POTOSÍ	EN EJECUCIÓN

26	19005324	CIV COMPLETO		CL 79 SUR	CR 43	CR 44	POTOSÍ	A INTERVENIR
27	19013586	CIV COMPLETO		CR 77 B	CL 61 C SUR	CR 77 B	TRES REYES	FINALIZADO
28	19001065	92070470		TV 77 BIS A	CR 77 B	CL 61 C SUR	TRES REYES	FINALIZADO
29	19007269	91038430		CR 18 Y	CL 68 C	CL 68 D	SALON COMUNAL MARANDÚ	EN EJECUCIÓN
30	19011773	CIV COMPLETO		CL 76 B BIS	CR 16 H	CR 16 I	ACAPULCO	A INTERVENIR
31	19016241	CIV COMPLETO		CR 18	DG 74 B SUR	DG 75 SUR	BOGOTA I SECTOR (TEQUENDAMA)	A INTERVENIR
32	19014365	CIV COMPLETO		CL 74 A SUR	KR 18 V	CR 18 U	VISTA HERMOSA	EN EJECUCIÓN
33	19002148	444828		CR 51	CL 68 SUR	CL 68 F SUR	UNIVERSIDAD DISTRITAL	FINALIZADO

Tabla 4. Frentes priorizados.

Los CIV a intervenir con la adición no. 1 del contrato de obra son los siguientes:

No.	CIV	PK_ID ANDEN OR	PK_ID ANDEN OCC	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO	ESTADO
1	19015425	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 37	CL 64 SUR	CL 63 B SUR	CANDELARIA I	EN EJECUCIÓN
2	19015421	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 37	CL 63 B SUR	CL 63 SUR	CANDELARIA I	EN EJECUCIÓN
3	19015416	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 37	CL 63 SUR	CL 62 B SUR	CANDELARIA I	EN EJECUCIÓN
4	19015418	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 37	CL 62 SUR	CL 62 B SUR	CANDELARIA I	EN EJECUCIÓN
5	19013967	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 63 SUR	KR 23	KR 23 A	CANDELARIA II	EN EJECUCIÓN
6	19005326	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 63 SUR	KR 23 A	KR 23 B	CANDELARIA II	EN EJECUCIÓN
7	19005297	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 63 SUR	KR 23 B	SE	CANDELARIA II	EN EJECUCIÓN
8	19005325	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 23 A	CL 62 B SUR	CL 63 SUR	CANDELARIA II	EN EJECUCIÓN
9	19005240	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 26	CL 63 SUR	CL 63 B SUR	CANDELARIA IV	A INTERVENIR
10	19015439	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 62 B SUR	KR 30	KR 32	CANDELARIA IIV	A INTERVENIR
11	19012639	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 65C SUR	KR 18V	KR 19 BIS	COMPARTIR	EN EJECUCIÓN
12	19001096	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 77 BIS	CL 61 C SUR	CL 62 D SUR	TRES REYES	EN EJECUCIÓN
13	19010850	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 17 K BIS	CL 75 B SUR	CL 75 SUR	TESORO	A INTERVENIR
14	19014245	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	CL 75 SUR	KR 17 H BIS	SE	TESORO	A INTERVENIR
15	19008064	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 18N BIS A	DG 68A SUR	CL 68 SUR	JUAN PABLO II	A INTERVENIR
16	19008063	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 18N BIS A	CL 68 SUR	CL 67C BIS SUR	JUAN PABLO II	A INTERVENIR
17	19008066	CIV COMPLETO	CIV COMPLETO	KR 18N BIS A	CL 67C SUR	CL 67C BIS SUR	JUAN PABLO II	A INTERVENIR
18	19001820	ESCALERA		CL 66 A	TV 73 G BIS	SE	ESPINO 3	A INTERVENIR
		PLAZOLETA ARGENTINA		DG 70 SUR	N/A	N/A		A INTERVENIR

Tabla 5. *Frentes a intervenir con adición no. 1.*

5 ACTIVIDADES SG-SST EJECUTADAS ETAPA CONSTRUCCIÓN

Durante el presente periodo, el contratista de obra llevó a cabo el proceso de afiliación del Consorcio ante la Caja de Compensación, la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), conforme a los requisitos establecidos por la normativa vigente. Asimismo, se tiene la relación comercial con la IPS ANMEDIPRE LTDA, entidad encargada de proporcionar los servicios de exámenes médicos ocupacionales, garantizando el cumplimiento de los protocolos de salud laboral establecidos realizando capacitaciones e inducciones.

5.1 PERSONAL DE OBRA

Por medio del cual el **CONSORCIO MAVINP DEL NORTE, CONTRATO 1726-2024** relaciona el personal y cargo de obra, los cuales fueron contratados a la fecha del presente informe. Para lo anterior ver **Anexo 1.**

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
1	LUIS FERNANDO ALARCÓN	79.053.874	DIRECTOR DE OBRA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
2	JUAN DAVID BUITRAGO	1.026.276.769	RESIDENTE DE OBRA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
3	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
4	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	ESPECIALISTA EN REDES SECAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
5	LUIS FERNANDO ALARCÓN	79.053.874	ESPECIALISTA EN PRESUPUESTO Y PROGRAMACIÓN	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
6	ATENOGENES VELEÑO	77030600	ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
7	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN SUELO Y/O GEOTECNIA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
8	RICARDO TRONCOSO	80026555	ESPECIALISTA EN PAVIMENTOS	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
9	MARIA NATALIA	1118539173	ESPECIALISTA EN URBANISMO Y ESPACIO PÚBLICO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
10	ADRIANA CASTELLANOS	1000990374	INSPECTORES	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
11	DIEGO JAVIER SANGUINO DELGADO	1.016.022.114	INSPECTORES	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
12	ERIKA JHOANA JIMENEZ		TOPOGRAFO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
13	YECID JOAQUIN PUENTES RODRÍGUEZ		TOPÓGRAFO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
14	JORGE ARMANDO ENRIQUEZ	79.906.037	CADENERO 1	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
15	ALVARO JAVIER MESA FLOREZ	80.244.662	CADENERO 2 NO.1	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
16	YARITZA JIMENEZ ROJAS		CADENERO 2 NO.2	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
17	LUIS LEONARDO ALARCON	1.000.380.746	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ALMACENISTA	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
18	HUMBERTO ZOTA CARDONA	80.360.510	CONDUCTOR	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	PROVEEDOR
19	VALENTINA LOPEZ		SECRETARIA 2 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
20	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79.691.429	PROFESIONAL AMBIENTAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
21	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA	79.691.429	PROFESIONAL SST	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
22	ANNIE KATHERINE BULLA CARDENAS	1.022.999.139	PERSONAL DE OBRA – AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
23	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES	1.033.728.287	RESIDENTE SOCIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
24	LILIANA TRIANA		ASISTENTE SOCIAL	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
25	NATALIA MARTÍNEZ		AYUDANTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
26	CATALINA BERNAL		ASISTENTE SOCIAL ACTAS DE VECINDAD	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
27	CARLOS ANDRÉS MUÑOZ	1049622088	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
28	HOLMAN HUÉRFANO		RESIDENTE DE TRÁNSITO	SI	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

Tabla 6. *Personal clave de contrato de obra.*

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PROVEEDOR
1	ISMAEL URREGO URREGO	255850	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
2	DELIO CARDENAS GUAYARA	5864083	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
3	MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
4	LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ	1192801845	ALMACENISTA	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
5	NATALIA ANDREA MARTINEZ VELASQUEZ	1031132132	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
6	FAYBER STIBD REYES MORALES	1032359273	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
7	RODOLFO GALERA OROZCO	1051884375	AYUDANTE DE OBRA	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
8	KEVIN ANDRES PULIDO DIAZ	1000988847	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
9	MICHEL ANTONIO LOPEZ QUITIAN	1026590938	CADENERO 1	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
10	LUIS ENRIQUE BOGOTA	93346201	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO
1	MIGUEL BEJARANO	19347058	AYUDANTE
2	ALIRIO MANCIPE SARMIENTO	79866354	OFICIAL
3	LUIS ISAEL MATINEZ PACA	4263593	OFICIAL
4	JOSE ANTONIO MARTINEZ	3048708	OFICIAL
5	SEBASTIAN CONTRERAS VALENERA	1033776896	AYUDANTE

6	HUMBERTO DUQUE MORA	11251269	OFICIAL
7	JAROL OROZCO AVILA	1124010903	AYUDANTE
8	JHOSEP ALMIRO JULIO		OFICIAL
9	ISAIAS RAMIREZ MARTINEZ	7010643	AYUDANTE
10	JOSE SALDANA MARIN	93050733	OFICIAL
11	JHON ALEXANDER JIMENEZ	80151294	OFICIAL
12	ROJELIO CORREDOR RAMIREZ	80253518	OFICIAL
13	ANDERSON LOZANO MENDOZA	1024545246	AYUDANTE
14	JHON RODRIGUEZ	1010181049	AYUDANTE
15	SAUL CAMPO CERRATO	4919013	OFICIAL
16	JESUS ANGEL SANTOS	5946971	AYUDANTE
17	ANGEL DAVID SANTOS CASTRO	5924076	AYUDANTE
18	CARLOS EDUIN RUIZ CUBILLOS	1033688819	OFICIAL
19	WILINTON GARCIA GARCÍA	80245875	OFICIAL
20	JOSE RODRIGO GIL	79831992	AYUDANTE
21	ANGEL YAMILSON PEREA MOSQUERA	1076383669	AYUDANTE
22	JOSE ANTONIO MARTÍNEZ FONSECA	3048208	OFICIAL

23	ROINER ANDRES PALACIOS CORDOBA	102447854	AYUDANTE
24	MISAEL MARTINEZ VACCA	4263593	OFICIAL
25	ANDRES FELIPE TELLEZ	1003446151	AYUDANTE
26	FERNEY LIZARDO MEDELLIN SARMIENTO	82393602	AYUDANTE
27	FREDDY RODRIGUEZ HERNANDEZ	34195250	AYUDANTE
28	GABRIEL RICARDO ALVAREZ GONZALES	2312962	AYUDANTE
29	JERSON ANDREY MEDELLIN SARMIENTO	7782721	OFICIAL
30	PASTOR AROCA TIMOTE	58261272	OFICIAL
31	RODOLFO GALERA	1051884574	AYUDANTE

Tabla 7. Personal operativo de obra.

5.1.1 Resumen del Estado de Personal de Obra

El contratista manifiesta que la cantidad de personal vinculado para el contrato de obra fueron 69 para el periodo del presente informe.

RESUMEN LISTA DE PERSONAL OBRA	
Estado	**Total**
Trabajaron en el periodo	**69**

***Tabla 8**. Cantidad de personal en obra.*

RESUMEN DEL PERSONAL OBRA	
Estado	**Total**
Ingreso	**1**
Retiro	**4**
Traslado	**0**

Tabla 9. *Resumen del estado de personal de obra.*

5.1.2 Ingresos de Personal

Para el mes de diciembre de 2025, se presentó 1 ingreso con los respectivos soportes correspondientes a los ingresos de cada colaborador pueden ser validados y consultados en el **Anexo 2. Inducción**.

5.2 PERSONAL DE INTERVENTORÍA

Dando cavidad a los términos del **CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.1738-2024**, se presenta el listado de personal de interventoría, al igual que las planillas de afiliación de los mismos en el **Anexo 3.**

NOMBRE	CARGO
Oscar Eduardo Teatino Vargas	Director de interventoría
Oscar Andrés Plazas Roldan	Residente de interventoría
Hugo Fernando Marroquín Escobar	Esp. geotecnia y pavimentos
Hugo Fernando Marroquín Escobar	Esp. urbanismo y espacio publico
Álvaro Hernando Sua Carreño	Esp. redes hidrosanitarias y redes secas
Jonathan José Cala Monrroy	Profesional en estructuras
Juan José Cañas Rincón	Profesional jurídico
Laura Alejandra León Vargas	Residente ambiental
Viviana Durán Hurtado	Residente social
Elvia Marcela Guiza Salcedo	Residente SST
Manuel Ignacio Beltrán Siachoque	Topógrafo
Evelyn Fernando Peñaranda Meneses	Inspector de interventoría
Vicente Pedraza Suescun	Conductor
Rafael Gonzalo Reyes Colobón	88033075

Tabla 10. Personal de interventoría.

5.3 AFILIACIÓN PERSONAL DE OBRA

Dando cumplimento a la ley 100 de 1993, en el cual especifica que todo colaborador debe tener vigente los aportes al Sistema General de Seguridad Social, a todo el personal que ingresa a realizar actividades al proyecto, el contratista MAVINP DEL NORTE realiza las respectivas afiliaciones a ARL, EPS, caja de

compensación familiar y certificado de AFP, junto con los exámenes médicos de ingreso. Todos los soportes de las correspondientes afiliaciones mencionadas anteriormente se encuentran en el **Anexo 4 y Anexo 5.**

5.4 MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Las acciones relacionadas con la Medicina Preventiva y del Trabajo tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgos laborales, teniendo en cuenta estos resultados se pueden proyectar ajustes al cronograma anual de actividades SST del contratista, incluyendo actividades relacionadas con higiene postural, pausas activas, estilos y hábitos de vida saludable, optometría, medias de compresión y uso adecuado de elementos de protección personal (EPPS).

El contratista garantiza que todos los trabajadores de obra, realizaron sus debidos exámenes médicos a la fecha del presente informe y de igual manera verifico sus condiciones de salud en relación con sus actividades a realizar durante la ejecución del contrato. De lo cual también si algún trabajador decide terminar o por acuerdo mutuo con el contratista terminan el contrato, este cuenta con cinco (5) días hábiles después de la terminación del contrato para realizar exámenes médicos y verificar sus condiciones de salud a la terminación del contrato.

Al recibir los exámenes médicos, el contratista garantiza la divulgación de la recomendaciones o restricciones que haya dado el medico ocupacional para la actividad a ejecutar, los trabajadores firman el formato y se comprometen a cumplir, con el ánimo de mejorar o conservar las condiciones de salud con las que ingresan.

Los exámenes médicos para el personal ingresado durante este mes se presentan en el **Anexo 2.**

5.5 COMITÉS

- **COPASST**

Durante el periodo reportado, el Contratista de Obra llevó a cabo la reunión mensual del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), en cumplimiento de las obligaciones establecidas en materia de seguridad y salud laboral. En dicha sesión, se identificaron y expusieron los riesgos presentes en los distintos frentes de obra, subrayando la necesidad de implementar un procedimiento claro que evite la ocurrencia de accidentes. Se acordó que, al detectar un riesgo, este debe ser notificado de inmediato al responsable del frente, seguido de una inspección conjunta por parte del COPASST y el área de seguridad, con el fin de diseñar e implementar medidas correctivas y preventivas de manera oportuna. Este proceso tuvo como objetivo elegir a los representantes que formarán parte de dicho comité, con el fin de garantizar un entorno laboral seguro y saludable, promoviendo la prevención de riesgos y el cumplimiento de las normativas laborales vigentes. Ver **Anexo 6.**

- **CONVIVENCIA LABORAL**

Durante el periodo correspondiente, el contratista de obra realizó una nueva reunión del Comité de Convivencia Laboral, en la cual se revisaron los temas pertinentes al comité. En dicha sesión se reportó una inconformidad por el horario, posteriormente se realizó la intervención en dicha reunión y se llegó a un acuerdo, dándola por finalizada. Ver **Anexo 6**

- **BRIGADA DE EMERGENCIAS**

En el periodo correspondiente al presente informe, el contratista de obra ya presenta conformada la Brigada de Emergencia, en cumplimiento con los lineamientos del plan de gestión del riesgo y seguridad ocupacional. Ver **Anexo 7.**

5.6 INDUCCIÓN, CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

- **INDUCCIÓN**

El contratista Consorcio MAVINP DEL NORTE efectúo la inducción a los colaboradores que ingresaron durante el mes de diciembre de 2025, en los temas relacionados a continuación:

- Las Generalidades de la empresa
- Política y objetivos SST.
- Política y objetivos del CONSORCIO MAVINP DEL NORTE
- Accidentes de trabajo y como reportarlos; enfermedad profesional.
- Identificación y notificación de peligros en el puesto de trabajo.
- Uso de elementos de protección personal.
- Programas basados en seguridad (Plan de emergencias y brigadas de emergencia, programa de inspecciones, medicina preventiva y del trabajo.
- COPASST (Canales de comunicación, funciones y responsabilidades).
- Reglamento de higiene seguridad industrial.
- Notificación de riesgos.
- Comunicación sobre funciones y responsabilidades con el SGSST.

- Derechos y deberes SST.
- Autocuidado individual y colectivo.
- Evaluación de la inducción.



Ilustración 3. *Charlas de inducción a personal que ingresó durante el periodo.*

- **CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD**

Durante el periodo correspondiente, el CONSROCIO MAVINP DEL llevó a cabo las charlas los riesgos se pueden generar en obras de importancia de utilizar los elementos de protección. Ver **Anexo 8**.

	
CANDELARIA I	VISTA HERMOSA

	
ACAPULCO	COMPARTIR

Ilustración 4. *Capacitaciones y charlas de seguridad realizadas por el contratista de obra.*

5.7 ENTREGA DE EPP Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

El contratista durante este periodo el contratista de obra realizó la entrega de los elementos de protección personal a el personal que ingreso con la respectiva dotación. Ver **Anexo 2.**



Ilustración 5. Entrega de dotación.

5.8 MAQUINARIA DE OBRA

La certificación y documentación relacionada por el contratista de la maquinaria presente en obra se puede ver en el **Anexo 9.**

MARQUINARIA	MARCA	SERIAL/PLACA	AÑOS DE USO
MINICARGADOR	BOBCAT	S185	10
MINICARGADOR	BOBCAT	S185	14
VOLQUETA	INTERNACIONAL	SOS615	11
VOLQUETA	INTERNACIONAL	SZQ301	13
VOLQUETA	INTERNACIONAL	STS 852	10
RETROEXCAVADO RA	HITACHI	ZX4902X	18
RETROEXCAVADO RA	HITACHI	66SSO7EJNN0001420	2

Tabla 11. Maquinaria de obra.

5.9 INSPECCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (SST)

En este periodo el contratista realizó las inspecciones de acuerdo con el cronograma de inspecciones asignado. Ver **Anexo 10.**

- **INSPECCIÓN MAQUINARIA**

El contratista presentó la documentación técnica de la maquinaria, habiéndose ejecutado la inspección técnica correspondiente durante el transcurso del mes de diciembre. **Anexo 11. Preoperacionales**.

- **INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS, ORDEN Y ASEO**

Durante el mes de diciembre el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE ejecutó la inspección programada conforme al cronograma establecido en el Sistema de Gestión, en cumplimiento de los lineamientos definidos para el control y seguimiento de las herramientas a utilizar. Ver **Anexo 12.**

- **INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN Y CAMILLA**

Durante el presente periodo, se realizó por parte del contratista la inspección de la camilla y el botiquín del Punto CREA, frente Villas de Bolívar, Super Lote, Potosí, Candelaria, Acapulco, Tequendama, Compartir y Vista Hermosa conforme al cronograma establecido en el sistema de gestión. Ver **anexo 13.**

	
CANDELARIA I	CANDELARIA I

	
SUPER LOTE 10	SUPER LOTE 10
	
POTOSÍ I	POTOSÍ I

	
CANDELARIA II	CANDELARIA II

Ilustración 6. Inspección de botiquín y camilla.

- **INSPECCIÓN DE EXTINTORES**

Se realizó por parte del contratista la inspección del extintor correspondiente al periodo del mes de noviembre de 2025, ubicado en el Punto CREA y los frentes Villas de Bolívar, Super Lote, Potosí, La Candelaria, Acapulco, Tequendama, Compartir y Vista Hermosa Ver **Anexo 14.**

	
CANDELARIA I	**COMPARTIR**

	
CANDELARIA I	**SUPER LOTE 10**

Ilustración 7. Inspección de extintor.

- **INSPECCIÓN DE EPP´S**

Durante el mes de diciembre el contratista de obra llevó a cabo la inspección de los Equipos de Protección Personal (EPP) asignados a cada trabajador, con el objetivo de verificar su estado operativo y determinar la necesidad de reposición conforme a los criterios establecidos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ver **Anexo 15.**

- **ATS Y PERMISOS DE TRABAJO**

Durante el presente periodo el Contratista no reporto ATS durante el periodo del presente informe.

PERMISO DE TRABAJO (SEMANALES)	CANTIDAD
ATS	0
Permiso de trabajo en excavación	0
Permiso de trabajo en alturas	0
Permiso de izaje de cargas	0

Tabla 12. Permisos de trabajo.

5.10 ACTIVIDADES SST EN OBRA

Por parte del CONSORCIO MAVINP DEL NORTE se realizaron las siguientes actividades durante el presente periodo:

- Para las personas que ingresaron al consorcio se realizaron la programación de exámenes médicos, jornadas de inducción y firma de documentación de inicio (formatos de aceptación de políticas).

- Se realiza la verificación y revisión de la documentación técnica correspondiente a la maquinaria, asegurando que cumpla con las normativas y requisitos.

- Se procedió con la entrega de los elementos de protección personal (EPP) al personal contractual, acompañada de charlas informativas sobre la importancia del uso correcto y permanente de los EPP para la prevención de riesgos laborales.

- Además, se realizó la reunión mensual del COPPAST, donde se llevaron a cabo inspecciones y evaluaciones preoperacionales, con el objetivo de identificar y mitigar riesgos presentes en la obra, asegurando el cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas.

- Se realizan inspecciones, capacitaciones e inducciones.

5.11 ESTADÍSTICAS DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO

Durante el periodo del presente informe, el contratista reportó un (1) accidente de trabajo; por otra parte, no se reportaron enfermedades laborales o comunes por parte de los trabajadores de obra.

	SEGUIMIENTO DE AUSENTISMO Y ACCIDENTALIDAD					FECHA	dic-25
						VERSIÓN No.	1
Mes	**Días trabajados en el periodo**	**No trabajadores**	**No Accidentes e incidentes**	**No Días de Incapacidad por Accidente**	**No de días cargados AT**	**Frecuencia accidentalidad**	**Severidad accidentabilidad**
feb-25	20	17	0	0	0	0	0
mar-25	31	18	0	0	0	0	0
abr-25	30	37	0	0	0	0	0
may-25	31	55	0	0	0	0	0

jun-25	30	59	0	0	0	0	0
jul-25	31	61	0	0	0	0	0
Ago-25	31	67	1	5	4	0	0
Sep-25	30	74	0	0	0	0	0
Oct-25	31	80	2	10	10	0	0
Nov-25	30	82	1	15	15	0	0
Dic-25	31	69	0	0	0	0	0
TOTAL	326	619	4	30	29	0	0

Tabla 13. *Reporte de accidentalidad y ausentismo de obra.*

5.11.1 Estadísticas de Accidentalidad y Ausentismo

5.11.1.1 Frecuencia

Frecuencia es la relación entre el número de casos (accidentes, enfermedades, primeros auxilios o incidentes relacionados con el trabajo), ocurridos durante un período (según resolución 0312 del 2019).



Ilustración 8. *Relación de trabajadores y frecuencia de accidentalidad.*



	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69
No Accidentes e incidentes	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0

Ilustración 9. *Relación de trabajadores y número de accidentes.*

Para el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE en diciembre, por cada 100 colaboradores que laboraron en el periodo se presentaron cero (0) accidente de trabajo.

5.11.1.2 Severidad

Severidad es la relación entre el número de días de incapacidad por accidente de trabajo más número de días cargados por lesiones durante un período por el número de trabajadores en el periodo.

Para el CONSORCIO MAVINP EL NORTE, por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron cero (0) días por accidente de trabajo.



	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69
Severidad accidentabilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ilustración 10. *Relación entre severidad y número de trabajadores.*

5.11.1.3 Prevalencia de enfermedad laboral

La prevalencia de enfermedad laboral refleja los eventos nuevos y antiguos de enfermedad que se presenten en los trabajadores. Por cada 100 trabajadores existen 0 casos de enfermedad laboral durante el periodo de diciembre de 2025.

	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL		FECHA	dic-25
			VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Casos enfermedad laboral antiguos**	**Casos enfermedad laboral nuevos**	**Incidencia enfermedad laboral**
feb-25	17	0	0	0
mar-25	18	0	0	0
abr-25	37	0	0	0
may-25	55	0	0	0

jun-25	59	0	0	0
jul-25	61	0	0	0
ago-25	67	0	0	0
sep-25	74	0	0	0
oct-25	80	0	0	0
nov-25	82	0	0	0
dic-25	69	0	0	0
TOTAL	619	0	0	0

5.11.1.4 Incidencia de enfermedad laboral

Refleja la presentación de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo. Por cada 100 trabajadores existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral durante el periodo de diciembre de 2025.

	INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL		FECHA	dic-25
			VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Casos enfermedad laboral antiguos**	**Casos enfermedad laboral nuevos**	**Incidencia enfermedad laboral**
feb-25	17	0	0	0
mar-25	18	0	0	0
abr-25	7	0	0	0
may-25	55	0	0	0
jun-25	59	0	0	0
jul-25	61	0	0	0
Ago-25	67	0	0	0
Sep-25	74	0	0	0
Oct-25	80	0	0	0

Nov-25	82	0	0	0
Dic-25	69	0	0	0
TOTAL	619	0	0	0

Tabla 14. *Incidencia de enfermedad laboral del contratista de obra.*

5.11.2 Ausentismo Laboral o de Origen Común

Durante el mes de diciembre no se registró por parte del contratista ausentismo por enfermedad común, permisos, licencias, sanción, entre otros así:

	AUSENTISMO ORIGEN COMUN			FECHA	dic-25
				VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Número de incapacidades**	**Días cargados por incapacidad origen común en el mes**	**Número de días programados en el mes**	**Número de días de trabajo totales**
feb-25	17	0	0	20	20
mar-25	18	0	0	31	31
abr-25	7	0	0	30	30
may-25	55	0	0	31	31
jun-25	59	1	30	30	30
jul-25	61	0	0	31	31
Ago-25	67	1	2	31	31
Sep-25	74	0	0	0	0
Oct-25	80	0	0	0	0
Nov-25	82	2	4	30	30
Dic-25	69	0	0	0	0
TOTAL	619	4	36	296	296

Tabla 15*. Ausentismo laboral.*

	AUSENTISMO PERMISOS			FECHA	dic-25	
				VERSIÓN No.	1	
Mes	**No trabajadores**	**Número de permisos**	**Días no trabajados por permisos en el mes. 1 persona**	**Número de días programados en el mes**	**Número de días de trabajo programados**	**Número de días de trabajo trabajados**
feb-25	17	0	0	20	20	20
mar-25	18	0	0	31	31	31
abr-25	37	2	1	30	30	29
may-25	55	0	0	31	31	31
jun-25	59	0	0	30	30	30
jul-25	61	0	0	31	31	31
Ago-25	67	2	2	31	0	31
Sep-25	74	0	0	0	0	31
Oct-25	80	2	2	31	0	31
Nov-25	82	4	4	30	30	30
Dic-25	69	7	16	31	31	31
TOTAL	619	17	25	-	-	-

Tabla 16. Ausentismo laboral.

Para el periodo se presentaron cero (0) días de ausentismo por enfermedad general y se dieron cero (0) días de permisos en el mes.

5.12 CARACTERIZACIÓN PERSONAL DE OBRA

El contratista durante el periodo del presente informe, distribuye y muestra la cantidad de personas por sexo, edad y personal de la localidad de Ciudad Bolívar, mostrando cumplimiento a la normativa vigente.

Mes	**Dic-25**	
	Numérico	**Porcentaje**
No total de trabajadores	69	100,00%
Número de mujeres	10	14,49%

Mujeres condición vulnerabilidad	2	2,90%
Mujeres contratadas en la plataforma de información de la Agencia Pública de Empleo del Distrito "Bogotá Trabaja"	0	0,00%
Personas con discapacidad	0	0,00%
Jóvenes menores de 24 años	11	15,94%
Personal de mano de obra no calificada	49	71,01%
Personal de mano de obra no calificada de la Localidad de Ciudad Bolívar	11	15,94%
Personal de mano de obra de la Localidad de ciudad bolívar	11	15,94%
Total personal de la localidad de ciudad bolívar	11	13,94%

Tabla 17. *Caracterización personal de obra.*

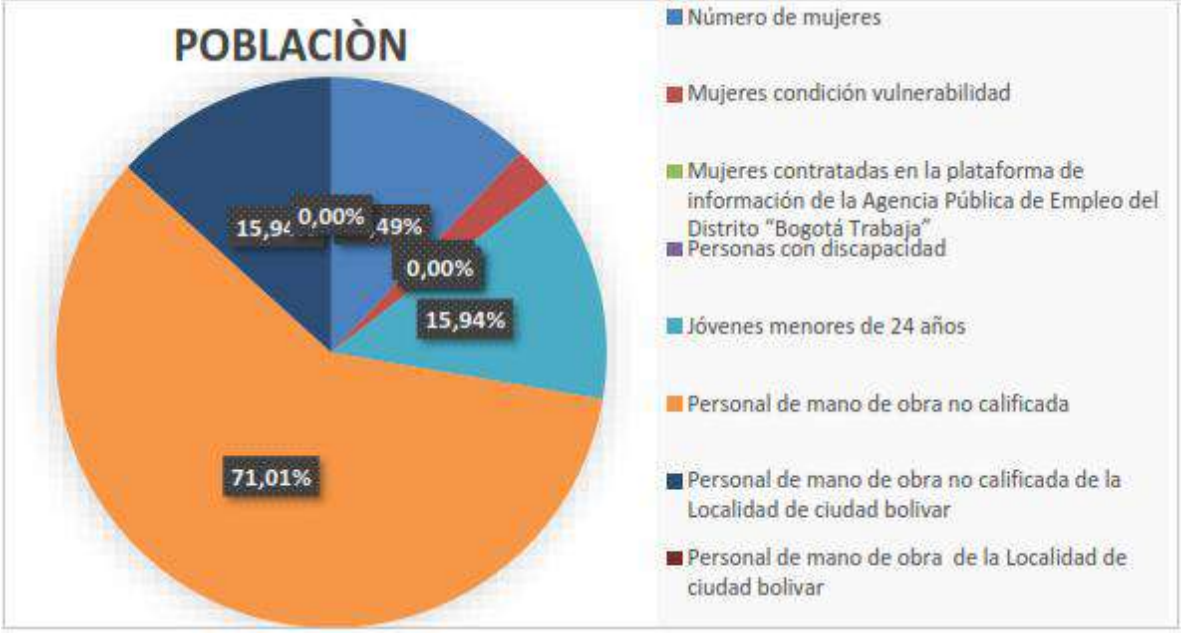


Ilustración 11. Distribución personal de obra.

5.13 HORAS HOMBRE TRABAJADAS

El contratista evidencia que la cantidad de horas trabajadas por el personal de obra durante el periodo del mes de diciembre es de 17.112 horas.

HHT = (XT x HTD x DTM) + NHE – NHA

- Donde

XT= Numero promedio de servidores

HTD= Número de horas hombre trabajadas al día

DTM= Días trabajados en el mes

NHE= Número total de horas extras y otro tiempo suplementario laborado durante el mes

NHA= Número total de horas de ausentismo durante el mes.

- Resultando

HHT= (31*8*69) + Numero horas extras (0) - Horas ausentismo (30 días incapacidades*0) = **17.112 horas promedio.**

Horas hombre trabajado en el mes de diciembre: 17.112.

6 CONCLUSIONES

- ✓ Durante el periodo del presente informe, el contratista realizó el seguimiento y aplicación de los lineamientos del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.

- ✓ Se verifico que el contratista realizo las respectivas inducciones y capacitaciones desde el área de SST a todo el personal de obra, de acuerdo con lo establecido en el plan. Se ejecutaron las capacitaciones programadas según el cronograma de actividades, abordando temas clave en seguridad y salud laboral. Dentro de estas acciones se incluyó la realización de pausas activas, implementadas como parte de la estrategia de prevención de riesgos ergonómicos y la promoción del bienestar físico y mental del personal.

- ✓ Se constató que por parte del contratista de obra se instalaran carpas en cada uno de los frentes intervenidos, debidamente dotadas con extintores, botiquines de primeros auxilios, camillas y puntos ecológicos, garantizando así las condiciones mínimas de atención, respuesta ante emergencias y prevención de riesgos. Se llevaron a cabo las respectivas inspecciones de seguridad en obra, así como los preoperacionales correspondientes, verificando el estado de equipos, herramientas y condiciones del entorno laboral antes del inicio de las actividades diarias.

- ✓ Durante el periodo reportado, el Contratista de Obra llevó a cabo la reunión mensual del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).

- ✓ En este periodo se llevó a cabo por parte del contratista de obra la segunda reunión del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA).

- ✓ Se realizó el seguimiento y control SST a la ejecución del **CONTRATO DE OBRA No. COP-1726-2024**, verificando el cumplimiento de las normativas para la atención y prevención de riesgos laborales.

- ✓ Se realizó el seguimiento al **sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SG-SST,** donde se evidencio el personal de obra contratado, sus respectivos exámenes de ingreso, planillas de afiliación al sistema de salud y seguridad en el trabajo y entrega de EPP´S.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO 1. LISTADO PERSONAL DE OBRA

7.2 ANEXO 2. INDUCCIÓN

7.3 ANEXO 3. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA

7.4 ANEXO 4. CERTIFICADO REVISOR FISCAL

7.5 ANEXO 5. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA

7.6 ANEXO 6. REUNIÓN COPASST Y COCOLA

7.7 ANEXO 7. BRIGADISTA

7.8 ANEXO 8. CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

7.9 ANEXO 9. DOCUMENTOS MAQUINARIA

7.10 ANEXO 10. CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

7.11 ANEXO 11. PREOPERACIONALES

7.12 ANEXO 12. INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS

7.13 ANEXO 13. INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUÍN

7.14 ANEXO 14. INSPECCIÓN DE EXTINTORES

7.15 ANEXO 15. INSPECCIÓN DE EPP´S

7.16 ANEXO 16. PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA

7.17 ANEXO 17. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

7.18 ANEXO 18. MATRIZ DE PELIGRO

7.19 ANEXO 19. CAMPAMENTOS

7.20 ANEXO 20. ACCIDENTES DE TRABAJO

7.21 ANEXO 21. SIMULACRO DE EVACUACIÓN

ANEXO 1

LISTADO PERSONAL DE OBRA

CONSORCIO
MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	MUJER	MUJER EN CONDICION DE VULNERABILIDAD	MUJERES CONTRATADAS EN LA PLATAFORMA BOGOTA TRABAJA	PERSONA CON DISCAPACIDAD	MENOR 24 AÑOS	MONC	MONC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	MOC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR	PROVEEDOR	Fecha de Ingreso	Fecha de retiro
1	LUIS FERNANDO ALARCON	79053874	Director de proyecto	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	28/01/2025	N/A
2	JUAN DAVID BUITRAGO		Residente Técnico	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	5/05/2025
3	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	Especialista en redes Hidrosanitarias: Profesión	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
4	JORGE ELIECER IBARRA	10766686	Especialista en redes Secas	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
5	LUIS FERNANDO ALARCON		Especialista en Presupuestos y programación	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
6	ATENOGENES VELEÑO		Especialista en Estructuras	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
7	RICARDO TRONCOSO		Especialista en Suelos y/o Geotecnia	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
8	RICARDO TRONCOSO		Especialista en pavimentos	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
9	ANGELA BARRERA		Especialista en urbanismo y espacio público	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
10	DIEGO JAVIER SANGUINO DELGADO		Inspectores	SI	0	0	0	0	0	0	0	0			
11	DANIELA CALDERON HERNANDEZ			SI	1	0	0	0	1	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	25/04/2025	N/A
12	YECID JOAQUIN PUENTES RODRIGUEZ		Topógrafos	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
13	ERIKA JHOANA JIMENEZ,			SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	20/02/2025	N/A
14	JORGUE ARMANDO ENRIQUEZ		Cadeneros 1	SI	0	0	0	0	1	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	6/02/2025	N/A
15	ALVARO JAVIER MESA FLOREZ		Cadeneros 2	SI	0	0	0	0	0	0	0	0			
16	YARITZA JIMENEZ ROJAS			SI	1	0	0	0	1	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
17	LUIS LEONARDO ALARCON		Auxiliar administrativo – Almacenista	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
18	HUMBERTO ZOTA CARDONA		Conductor o Motorista	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
19	VAELNTINA LOPEZ		Secretaria 2 - Auxiliar administrativo	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
20	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA		Profesional Ambiental	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	3/02/2025	N/A
21	FABIO MERCK RÁMIREZ POVEDA		Profesional SST	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
22	ANNIE KATHERINE BULLA CARDENAS		Personal de obra Ayudante	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A
23	VANESSA ANDREA VELASCO TORRES		Residente Social	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/02/2025	N/A

			Asistente Social Categoria 6	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
24	JUAN DAVID JIMENEZ RINCON		Personal de obra Ayudante	SI	0	0	0	0	1	1	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
25	CATALINA BERNAL		Asistente Social Categoria 7	SI	1	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
26	CARLOS ANDRÉS MUÑOZ		Especialista Tránsito y Transporte	SI		0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
27	HOLMAN HUERFANO		Residente Transito	SI	0	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE		
28															
					8	0	0	0	4	1	0	0			
1					1	0	0	0	1	0	0	1			
2					0	0	0	0	0	0	0	0			

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	PERSONAL MINIMO REQUERIDO	TRAMO	MUJER	MUJER EN CONDICION DE VULNERABILIDAD	MUJERES CONTRATADAS EN LA PLATAFO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	MENOR 24 AÑOS	MONC	MONC DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD	PROVEEDOR	Fecha de Ingreso	Fecha de retiro
1	DELIO CARDENAS GUAYARA	5864083	BOAL	SI	VILLAS DE BOLIVAR	0	0	0	0	0	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	21/04/2025	
2	MIGUEL BEJARANO	19347058	AYUDANTE	SI	VILLAS DE BOLIVAR	0	0	0	0	0	1	0	LUI S MARTINEZ	21/04/2025	
3	ALIRIO MANCIPE SARMIENTO	79866354	OFICIAL	SI	VILLAS DE BOLIVAR	0	0	0	0	1	1	0	LUI S MARTINEZ	24/04/2025	
4	LUIS ISAEL MARTINEZ PACA	4263593	OFICIAL	SI	VILLAS DE BOLIVAR	0	0	0	0	0	1	0	LUI S MARTINEZ	6/07/205	
5	JOSE ANTONIO MARTINEZ	3048708	OFICIAL	SI	VILLAS DE BOLIVAR	0	0	0	0	1	1	0	LUI S MARTINEZ	6/05/2025	
6	NATALIA ANDREA MARTINEZ VELASQUEZ	1031132132	BOAL	SI	LA CORUÑA	1	0	0	0	0	1	1	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	2/05/2025	
7	SEBASTIAN CONTRERAS VALENERA	1033776896	AYUDANTE	SI	LA CORUÑA	0	0	0	0	0	1	0	GUILLERMO PAEZ	10/05/2025	
8	HUMBERTO DUQUE MORA	11251269	OFICIAL	SI	LA CORUÑA	0	0	0	0	1	1	0	GUILLERMO PAEZ	10/05/2025	
9	JAROL OROZCO AVILA	1124010903	AYUDANTE	SI	LA CORUÑA	0	0	0	0	0	1	0	GUILLERMO PAEZ	3/06/2025	
10	JHOSEP ALMIRO JULIO	15679632	OFICIAL	SI	LA CORUÑA	0	0	0	0	0	1	0	GUILLERMO PAEZ	4/06/2025	
11	ISAIAS RAMIREZ MARTINEZ	7010643	AYUDANTE	SI	POTOSI 2	0	0	0	0	0	1	0	PEDRO VARGAS	1/07/2025	
12	JOSE SALDANA MARIN	93050733	OFICIAL	SI	POTOSI 2	0	0	0	0	1	1	0	PEDRO VARGAS	9/06/2025	
13	JHON ALEXANDER JIMENEZ	80151294	OFICIAL	SI	POTOSI 2	0	0	0	0	0	1	0	PEDRO VARGAS	24/04/2025	
14	ROJELIO CORREDOR RAMIREZ	80253518	OFICIAL	SI	MIRADOR	0	0	0	0	0	1	0	LUIS MARTINEZ	21/04/2025	
15	ANDERSON LOZANO MENDOZA	1024545246	AYUDANTE	SI	MIRADOR	0	0	0	0	0	1	0	LUIS MARTINEZ	28/04/2025	
16	FAYBER STIBD REYES MORALES	1032359273	BOAL	SI	POTOSI	0	0	0	0	0	1	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	23/04/2025	
17	JHON RODRIGUEZ	1010181049	AYUDANTE	SI	POTOSI	0	0	0	0	0	1	0	LUIS ESTUPIÑAN	9/05/2025	
18	MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	BOAL	SI	SUPER LOTE 10	0	0	0	0	0	1	1	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	14/05/2025	
19	SAUL CAMPO CERRATO	4919013	OFICIAL	SI	SUPER LOTE 10	0	0		0	0	1	0	GUILLERMO PAEZ	14/05/2025	
20	ANGEL MARIA CORCOBADO	74020237	AYUDANTE	SI	SUPER LOTE 10	0	0	0	0	0	1	0	GUILLERMO PAEZ	23/05/2025	
21	BITUCAY MAMUNDIA ALVARO	1291882	AYUDANTE	SI	PERDOMO ALTO	0	0	0	0	0	1	0	JYM VACA	4/06/2025	
22	BELARMINO MANUGAMA QUERAGAMA	1078176898	AYUDANTE	SI	PERDOMO ALTO	0	0	0	0	0	1	0	JYM VACA	4/06/2025	
23	GABRIEL QUERAGAMA BANIANA	12661882	AYUDANTE	SI	PERDOMO ALTO	0	0	0	0	0	1	0	JYM VACA	4/06/2025	
24	JOSE HUMBERTO GUTIERREZ ARDILA	79492761	AYUDANTE	SI	SUPER LOTE 10	0	0	0	0	0	1	0	JYM VACA	4/06/2025	
25	JESUS ANGEL SANTOS	5946971	AYUDANTE	SI	SUPER LOTE 10	0	0	0	0	0	1	0	JHON SELEMI	4/06/2025	

26	ANGEL DAVID SANTOS CASTRO	5924076	AYUDANTE	SI	PERDOMO ALTO	0	0	0	0	0	1	0	JHON SELEMI	15/06/2025	
27	LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ	1192801845	ALMACENISTA	SI	ALAMACEN	0	0	0	0	0	1	1	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	15/08/2025	
28	MISAEL MARTINEZ VACCA	4263593	AYUDANTE	SI	VISTA HERMOSA	0	0	0	0	0	0	0	CONSORCIO MOVINP DEL NORTE	10/08/2025	
29	JOSE ANTONIO MARTINEZ FONSECA	22224120	AYUDANTE	SI	SUPER LOTE										
30	ANDRES FELIPE TELLEZ	1003446151	AYUDANTE	SI	VISTA HERMOSA										
31	FERNEY LIZARDO MEDELLIN SARMIENTO	82393602	OFICIAL	SI	CANDELARIA										
32	FREDDY RODRIGUEZ HERNANDEZ	34195250	AYUDANTE	SI	POTOSI										
33	GABRIEL RICARDO ALVAREZ GONZALEZ	v°312962	OFICIAL	SI	POTOSI										
34	HELBER DIAZ POLOCHE	1005726074	BOAL	SI	VERONA										
35	JERSON ANDREY MEDELLIN SARMIENTO	7782721	OFICIAL	SI	CANDELARIA										
36	KEVIN ANDRES PULIDO	100098841	BOAL	SI	MIRADOR DE LA ESTANCIA										
37	PASTOR AROCA TIMOTE	58261272	OFICIAL	SI	POTOSI										
38	RODOLFO GALERA	1051884574	AYUDNATE	SI	VISTA HERMOSA										
39															
40															
50															
51															
52															
					NA	1	0	0	0		1	0			
					SUPER LOTE 311	1	0	0	0	4	28	3			

Personal retirado no reportado en el mes anterior

1					NA	1	0	0	0	0	0	0			

ANEXO 2

INDUCCIÓN

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:

ALBEIRO PAYARES MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.046.665**, 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 fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Yo Albeiro Parjares Ortiz identificado con número de documento CC: 80d6665 desempeñando el cargo de Maestro de obra formalmente declaro que hoy _____ He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Albeiro

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Cedula Ciudadanía:

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Albeiro Cedula Ciudadanía: 3006665

Fecha: 11-25-25 Cargo: maestro de obra

EPS: famisanar ARL: AFP: Porvenir

Caja Compensación: Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:
Celular: 3115509270 Parentesco: Yosg Amarildo

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 no 2	 no 3	 no 1

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros		 6	 1	 4	 5	 3
N°	X	X	X	X	X 2	X 4
Nombre	1. Quimicos 2	2.Trabajo en alturas 5	3. Ruido 1	4. Manejo manual de cargas 6	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

...as funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que uzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez nuerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

a imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

Unir con una linea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

16.. ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	

Firma Trabajador A/bc.20

Celular 3046665

Dirección Kra 87f-58C-40-sur

Localidad Bosa

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Medellín, 19 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C5046665	PAYARES MARTINEZ ALBEIRO	20/11/2025		190²ZR23	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2025 08:05:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.148.111, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



EPS - nueva EPS

PENCion - porvenir

kra 87f - 58c - 40 sur - Bosa nova

tel 3218891881



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:	PALACIO MOSQUERA ANGEL EMILIO
IDENTIFICACIÓN:	CC 4836391
INICIO VIGENCIA:	21/06/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	AYUDANTE
SALARIO:	1.423.500
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUVIAS OBRAS & SERVICIOS SAS
CC /NIT:	NI 901574447
CONTRATO:	1193749
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA:	19/03/2022
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 03 días del mes de octubre 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 03/10/2025 15:52:49. 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.

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ANGEL EMILIO PALACIOS MOSQUERA identificado(a) con CC No. 4836391, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUVIAS OBRAS Y SERVICIOS SAS con NIT 9015744471:

- Fecha de afiliación a la Caja: 03/10/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 03/10/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 03/10/2025

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012360942
9012360942

Nro. de Radicación SAT: 29813784

Fecha de Radicación: 03 10 2025 (D D M M A A A A)

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado: X	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

A. AFILIACION II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
PALACIOS (Primer Apellido)	MOSQUERA (Segundo Apellido)	ANGEL (Primer Nombre)	EMILIO (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	4836391	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				11 D 12 M A 1971 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si: NO: X		Si: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A		$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural: Zona	

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

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

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

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

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORIA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUVIAS OBRAS Y SERVICIOS	NT	901574447	

59. Ubicación					
DG 24 38 67	Dirección	30161458	Teléfono	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
			Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 identidad [ ]
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 [X]
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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 02 M 10 A 2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad									TOTAL ANEXOS

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

Cambio Empleo

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PALACIOS MOSQUERA ANGEL EMILIO** identificado(a) con **CC** número **4.836.391** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de octubre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

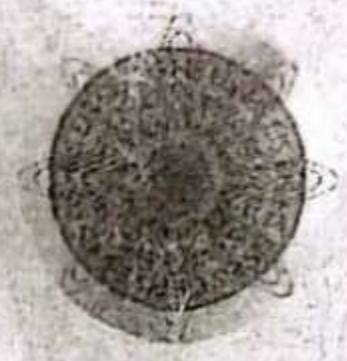
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
4.836.391



APELLIDOS / NOMBRES
PALACIOS MOSQUERA
ANGEL EMILIO

11-DIC-1971
ISTMINA - CHOCO

FECHA DE EXPEDICIÓN
03-JUL-1990

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 27-MAR-2025

8513038677
27-SEP-2024

Dr: Cll 68A - 19-20
Tl: 321 296 0509
EPS: Famisanar
Afp. proteccion.
Ayudante.

51

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Angel Emilio Hosquera Cedula Ciudadanía: 4836391

Fecha: 26 - 11 - 2025 Cargo: Oficial

EPS: famisanar ARL: Sura AFP: Proteccion

Caja Compensación: Cofam Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3212960509 Parentesco: Esposa

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (✓) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		✓
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

... las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que ...zca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez ...uerte.

FALSO ( ) VERDADERO ( )

...Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO ( )

Unir con una línea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejo... hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección ... casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO ( ) FALSO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO ( ) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador _____

Celular 322 052 1629

Dirección calle 18A 19-20

Localidad Ciudad Bolivar

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Angel Emilio Hasquera identificado con número de documento CC: 4836391 desempeñando el cargo de oficial formalmente declaro que hoy 26-11-25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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:

DAVID PAYARES RANGEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.095.702**, 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:

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.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.085.095.702



Apellidos
PAYARES RANGEL

Nombres
DAVID

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

Fecha de nacimiento
05 SEPT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
EL BANCO (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
01 DIC 2022, EL BANCO

Firma
David Payares

Fecha de expiración
01 DIC 2032

.CO

009926512

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL009926512421025<<<<<<<<<<
0409050M3212013COL1085095702<3
PAYARES<RANGEL<<DAVID<<<<<<<<<

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: David Tavares Rangel Cedula Ciudadanía: 1085045702

Fecha: 25/11/25 Cargo: Ayudante

EPS: Nueva EPS ARL: _____ AFP: _____

Caja Compensación: _____ Alergias; SI _____ NO _____ Cuales: _____

Inducción (Trabajador nuevo)	
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3122087820 Parentesco: Bivianna

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 2	 3	 1

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	X6	2	4
Nombre	1. Quimicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

... las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que ...zca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez ...uerte.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

... Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

Unir con una linea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (X) FALSO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas	X	
Método de Calificación	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	

Firma Trabajador

Celular 3205635479

Dirección 87F 58c 40 Sur

Localidad Bosa

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVIP DEL NORTE	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024	PLAN DE MANEJO AMBIENTAL DE LA OBRA, COMPONENTE D: SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 0.0 Febrero-2025

Yo David Paraces Rangel identificado con número de documento CC: 1085095702 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 25/11/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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:

DAVINSON PAYARES GALVIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.319.214**, 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.

Medellín, 19 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193319214	PAYARES GALVIS DAVINSON	20/11/2025		216A6221	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2025 08:07:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.148.111, 198.143.41.20, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.046.665**
PAYARES MARTINEZ
APELLIDOS
ALBEIRO
NOMBRES



FIRMA

EPS famisar
Pension - porvenir
Kra 87F - 58C - 40 sur - Bosa nova
tel 3107653959



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1972**
CHALGUAYACO
BOLIVAR (CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-NOV-1992 LA GLORIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01131777-M-0005046665-20200212 0070059286A 1 9911840356

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Davinson Duque S Cedula Ciudadanía: 1193719211

Fecha: 25-11-2025 Cargo: Oficial

EPS: nueva eps ARL: _____ AFP: _____

Caja Compensación: _____ Alergias; SI _____ NO X Cuales: _____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3133675786 Parentesco: _____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		X
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas



X

2- Política de no fumadores



X

3- Política de seguridad y salud en el trabajo



X

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO (X) VERDADERO ( )

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	4	2	6
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

... Las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad, Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (X).

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que uzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez uerte.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

Unir con una linea para que sirve cada EPP.



- Espacios confinados
- Particulas, rayos del sol.
- Golpes en las manos, heridas.
- Golpes en los pies.
- Polvo, particulas, virus, pintura, humo.
- Golpes en la cabeza.

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejo... hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta direcció... casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (X) FALSO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas	X	
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador: Davinson Reyes
Celular: 3208897881
Dirección: Cr 87 F 5B calle 8A
Localidad: Bosa nova

Nombre del evaluador: ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024	PLAN DE MANEJO AMBIENTAL DE LA OBRA, COMPONENTE D: SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 0.0 Febrero-2025

Yo Davinson Payares identificado con número de documento CC: 1193197111 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 25-11-2024 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Davinson Payares

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012365678
9012365678

No. de Radicación SAT: 29820449

Fecha de Radicación: 06 10 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

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

8. Apellidos y nombres			
GONZALEZ (Primer Apellido)	LADINO (Segundo Apellido)	JOSE (Primer Nombre)	VICENTE (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	17591784	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				21 D 11 M A 1976 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A		$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORIA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUVIAS OBRAS Y SERVICIOS	NT	901574447	

59. Ubicación					
DG 24 38 67	Dirección	30161458 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

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 identidad [ ]
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 [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 02 M 10 A 2025 A	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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

Cambio Empleo

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ LADINO JOSE VICENTE** identificado(a) con **CC** número **17.591.784** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de octubre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

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:	GONZALEZ LADINO JOSE VICENTE
IDENTIFICACIÓN:	CC 17591784
INICIO VIGENCIA:	21/06/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	OFICIAL
SALARIO:	1.423.500
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

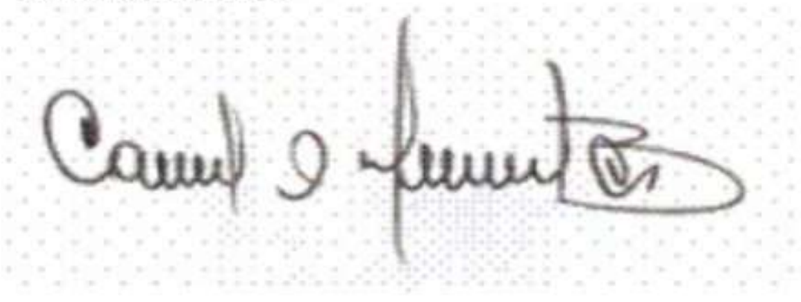
DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUVIAS OBRAS & SERVICIOS SAS
CC /NIT:	NI 901574447
CONTRATO:	1193749
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA:	19/03/2022
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 03 días del mes de octubre 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 03/10/2025 16:14:13. 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.

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **17.591.784**

GONZALEZ LADINO

APELLIDOS

JOSE VICENTE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1976**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAR-1996 ARAUCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00846763-M-0017591784-20160906 0050928151A 1 2193993026

CamScanner
Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE VICENTE GONZALEZ LADINO identificado(a) con CC No. 17591784, se encuentra retirado(a) de esta Caja de Compensación Familiar

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 03/10/2025

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Jose Vicente Gonzales Cedula Ciudadania: 17691780

Fecha: _____ Cargo: oficial

EPS: Famisanar ARL: Seguridad AFP: _____

Caja Compensación: Compensar Alergias; SI _____ NO _____ Cuales: _____

Inducción (Trabajador nuevo)	✓
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 3147726515 Parentesco: Mi mamá

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO ( )

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO ( ) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		✓
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		✓
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO ( ) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°						
Nombre	1. Quimicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

... las funciones del COPASST o Vigia SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puenta de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

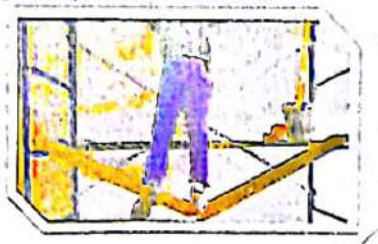
FALSO ( ) VERDADERO (✓)

. Un accidente de Trabajo es:

suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que zca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez muerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

Unir con una línea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plastico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agricolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación:	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	

Firma Trabajador _____

Celular 3129917811

Dirección carril 44-93 Barcu

Localidad Kennedy

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo José Vicente Gonzales identificado con número de documento CC: 1759784 desempeñando el cargo de oficial formalmente declaro que hoy _____ He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).		

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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:

LUIS ALBERTO PAYARES GALVIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.319.211**, 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.

Medellín, 19 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193319211	PAYARES GALVIS LUIS ALBERTO	20/11/2025		C1441822	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2025 07:58:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.148.111, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.319.211
PAYARES GALVIS
APELLIDOS
LUIS ALBERTO
NOMBRES

Luis Alberto
FIRMA



nueva EPS
Pension Porvenir
kra 87F-58C-40 sur Bosa nova
tel 314 722 3427



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1992
EL PEÑON
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
23-NOV-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00275445-M-1193319211-20110103 0025416934A 1 35999109

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Luis Pazos Cedula Ciudadanía: 1193192711

Fecha: 25/11/25 Cargo: Oficial

EPS: Nueva EPS ARL: _____ AFP: _____

Caja Compensación: _____ Alergias; SI _____ NO X Cuales: _____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a: Celular: 3205806728 Parentesco: _____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (X)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (X) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		X
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		X
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		X
Procurar el cuidado integral de su salud.		X
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		X

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		X
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		X
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		X
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		X

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 X2	 X3	 X7

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (X) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (X)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (X) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	7	X6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

...as funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

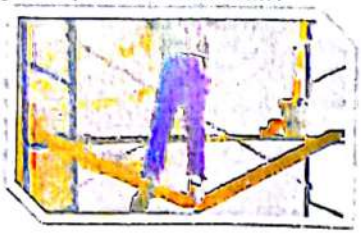
FALSO ( ) VERDADERO (X)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que uzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez nuerte.

FALSO ( ) VERDADERO (X)

a Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (X)

Unir con una linea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (X) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

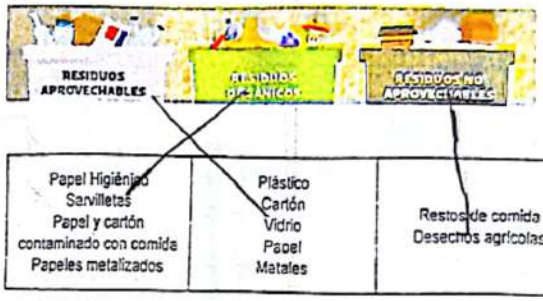
VERDADERO (X) FALSO ( )

16.. ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (X) FALSO ( )

16. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una linea lo que se almacena en cada recipiente.



Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas	X	
Rsspuestas Incorrectas		
Método de Calificación		Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación

Firma Trabajador Luis Rayados

Celular 3147223427

Dirección Kra 87E 58C 45

Localidad Bosa Nova

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Luis Payares identificado con número de documento CC: 1193379277 desempeñando el cargo de Oficial formalmente declaro que hoy 25/7/25 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	X	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	X	
Químico (Gases y vapores)	X	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	X	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	X	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	X	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	X	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	X	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	X	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	X	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	X	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Luis Payares

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

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:

PEDRO VICENTE CASTRO AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.197.734**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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:	GONZALEZ LADINO JOSE VICENTE
IDENTIFICACIÓN:	CC 17591784
INICIO VIGENCIA:	21/06/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	OFICIAL
SALARIO:	1.423.500
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSTRUVIAS OBRAS & SERVICIOS SAS
CC /NIT:	NI 901574447
CONTRATO:	1193749
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	RIESGO 5
INICIO VIGENCIA:	19/03/2022
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 03 días del mes de octubre 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 03/10/2025 16:12:28. 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.

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **4.197.734**

CASTRO AVILA

APELLIDOS

PEDRO VICENTE

NOMBRES

FIRMA



Diagonal 74 Sur N 78 H 42
Pension porvenir cpcs Fami
7311511723 1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1963**
PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1983 PAUNA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS VACHA

A-1500150-00997821-M-0004197734-20180418 00608 63936A 1 1264920190

CamScanner
Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) PEDRO VICENTE CASTRO AVILA identificado(a) con CC No. 4197734, se encuentra retirado(a) de esta Caja de Compensación Familiar

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 03/10/2025

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012360953
9012360953

Nro. de Radicación SAT: 29813799

Fecha de Radicación: 03 10 2025 (D D M M A A A A)

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado: X	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

A. AFILIACION II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
CASTRO	AVILA	PEDRO	VICENTE
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	4197734	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				02 D 12 M A 1963 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X		SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A		$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORIA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUVIAS OBRAS Y SERVICIOS	NT	901574447	

59. Ubicación					
DG 24 38 67	Dirección	30161458	Teléfono	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
			Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 identidad [ ]
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 [X]
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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 02 M 10 A 2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad									TOTAL ANEXOS

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

Cambio Empleo

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Pedro castro Cedula Ciudadania: 4197734

Fecha: 26-Nov-2025. Cargo: Ayudante

EPS: famisanar ARL: Sura AFP: Porvenir

Caja Compensación: cafam Alergias; SI ____ NO ✓ Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	X
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 320 [illegible] Parentesco: hermana

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO (✓) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.		✓
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.		✓
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		✓
Procurar el cuidado integral de su salud.		✓
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .		✓

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST		✓
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		✓
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		✓
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		✓

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 3	 1	 2

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Análisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°	3	5	1	6	2	4
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

EVALUACION DE INDUCCION

... las funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que ...rza en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez ...uerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

... Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

Unir con una línea para que sirve cada EPP.

...spacios ...ntinados		Golpes en los pies.
...rículos, rayos del sol.		Polvo, partículas, virus, pintura, humo.
Golpes en las ...manos, heridas.		Golpes en la cabeza.

12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral. Fomentar el dialogo, planes de mejora y hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes. Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

16. . ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	

Firma Trabajador • [signature]

Celular • 3115117231

Dirección • DIA 78.4.42

Localidad • BOSA

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo Pedro castro identificado con número de documento CC: 91927934 desempeñando el cargo de Ayudante formalmente declaro que hoy 26-11-2025 He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLINTON GARCIA GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80245875,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2009** 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 noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 19 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80245875	GARCIA GARCIA WILLINTON	20/11/2025		161Z214L	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2025 14:20:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.57.144, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012460542
9012460542

No. de Radicación SAT: 29968131

Fecha de Radicación: 19 | 11 | M | A | 2025 | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
GARCIA Primer Apellido	GARCIA Segundo Apellido	WILLINTON Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80245875	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			09 | D | 06 | M | A 1983 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad — Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.800.000	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] 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 — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

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

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

	35. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN — SI	NO	48. Clasificación SISBÉN — NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad — SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente — SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	NT	901903126	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 69 A 60 A 69 SUR	4770190		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 identidad [ ]
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 [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 18 M 11 A 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: MAESTRO DE OBRA

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

Cambio Empleo

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN SST Y AMBIENTAL	BOGOTÁ
Contrato de Obra No.1726 de 2024		Anexo 11.1 Versión 0.0 Febrero-2025

Nombre: Willinton Garces Cedula Ciudadanía: 80-245-825

Fecha: 18-11-2025 Cargo: OFICIAL MAESTRO

EPS: Famisanar ARL: AFP:

Caja Compensación: Alergias; SI ____ NO X Cuales: ____

Inducción (Trabajador nuevo)	
Re Inducción (Trabajador antiguo)	

En caso de emergencia comunicar a:

Celular: 311-284-21-61 Parentesco: ____

MARQUE FALSO O VERDADERO SEGÚN CORRESPONDA

1. La actividad económica principal de la empresa es:

La construcción de obras de ingeniería civil

FALSO ( ) VERDADERO ( )

2. SISOMA significa: (Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente)

VERDADERO ( ) FALSO ( )

3. Las responsabilidades de los trabajadores frente al SG-SST

	FALSO	VERDADERO
Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X	V
Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del SG-SST.	X	V
Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST de la empresa.		
Procurar el cuidado integral de su salud.	X	V
Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo .	X	V

4. Las responsabilidades del consorcio frente al SG-SST son:

	FALSO	VERDADERO
Definir, firmar y divulgar la política y objetivos del SG-SST	X	V
Asignar y documentar las responsabilidades del SG-SST.		V
Asignar recursos para la implementación del SG-SST.		
Participar en las actividades de capacitación.		V
Cumplir los requisitos normativos aplicables, Capacitar a los trabajadores, realizar gestión de los peligros y riesgos.		V

5. Según la imagen coloque el número correspondiente con la política.

1- Política de no alcohol y drogas	2- Política de no fumadores	3- Política de seguridad y salud en el trabajo
 ☐	 ☐	 ☐

6. Los pasos a realizar antes de ejecutar una actividad en espacio confinado son:

Realizar el Analisis de Seguridad en el Trabajo (AST), Diligenciar el permiso de trabajo en alturas, inspeccionar arnés y eslinga, ejecutar la actividad en altura.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

7. Un mal levantamiento de cargas o un mal movimiento pueden ocasionar:

Hernias discales, lumbagos, dolor de espalda, escoliosis, fatiga muscular.

VERDADERO ( ) FALSO (✓)

8. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

50 Kg

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

9. El peso máximo recomendado que un hombre debe levantar manualmente una carga es:

25 kg

VERDADERO (✓) FALSO ( )

10. Según la imagen coloque el número correspondiente del peligro:

Peligros						
N°						
Nombre	1. Químicos	2.Trabajo en alturas	3. Ruido	4. Manejo manual de cargas	5. Virus y bacterias	6. Electricidad

Powered by CamScanner

...as funciones del COPASST o Vigía SST son:

Participar en la investigación de incidentes, realizar inspecciones de seguridad. Servir de puente de comunicación entre los trabajadores y la gerencia, reunirse mensualmente.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

. Un accidente de Trabajo es:

o suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que uzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez nuerte.

FALSO ( ) VERDADERO (✓)

a Imagen corresponde a un ACTO INSEGURO?



FALSO ( ) VERDADERO (✓)

Unir con una línea para que sirve cada EPP.



12. Las funciones del Comité de Convivencia son:

Prevenir malas conductas de acoso laboral, Fomentar el dialogo, planes de mejora, hacer seguimiento, Analizar y escuchar a las partes, Comunicar a la alta dirección los casos, Reunirse cada tres meses para hacer seguimiento a las acciones propuestas.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

14. . Cuando me ocurra un accidente de trabajo debo:

Informar a mi jefe inmediato y asistir a un centro de salud para recibir atención médica.

VERDADERO (✓) FALSO ( )

16.. ¿La imagen corresponde a una CONDICIÓN INSEGURA?



VERDADERO (✓) FALSO ( )

18. De acuerdo con el código de colores definido por el ministerio de ambiente, relacione con una línea lo que se almacena en cada recipiente.



Papel Higiénico Servilletas Papel y cartón contaminado con comida Papeles metalizados	Plástico Cartón Vidrio Papel Metales	Restos de comida Desechos agrícolas

Calificación Evaluación		Retroalimentación:
Respuestas Correctas		
Respuestas Incorrectas		
Método de Calificación	Entre 14 y 18 respuestas correctas : Aprobado Entre 9 y 13 respuestas correctas: Aceptable con retroalimentación Entre 1 y 8 respuestas incorrectas: Debe repetir la evaluación	

Firma Trabajador Oscar William

Celular 311-214-04-61

Dirección KR 46 N 695.

Localidad CIUDAD BOLIVAR

Nombre del evaluador ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA

Powered by CamScanner

Yo williston Garcia Garcia identificado con número de documento CC: 80.245.875 desempeñando el cargo de oficial. formalmente declaro que hoy _____ He recibido verbalmente parte del residente de Seguridad y Salud en el Trabajo, la inducción y el conocimiento necesario referente a los riesgos inherentes al trabajo que realizo, como:

PELIGRO IDENTIFICADO	SI	NO
Biológico (Virus, bacterias, picaduras, mordeduras)	✓	
Físico (Ruido, vibraciones, radiaciones no ionizantes)	✓	
Químico (Gases y vapores)	✓	
Psicosocial (Condiciones de la tarea, organización del trabajo)	✓	
Biomecánico (Movimiento repetitivo, manejo manual de cargas, posturas prolongadas y mantenidas)	✓	
Condiciones de seguridad mecánicas (Manejo de herramientas manuales y maquinaria)	✓	
Condiciones de seguridad eléctricas (Manejo de herramientas eléctricas)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Superficies de trabajo irregulares, condiciones de orden y aseo)	✓	
Condiciones de seguridad locativas (Trabajo en alturas)	✓	
Condiciones de seguridad tecnológicas (Derrames, incendios)	✓	
Condiciones de seguridad vial (Accidentes de tránsito)	✓	
Condiciones de seguridad públicos (robos, atracos, asaltos, disturbios y alteración del orden público).	✓	

En consecuencia, me comprometo a cumplir con todas las normas, procedimientos, protocolos en seguridad y salud en el trabajo con el fin de procurar el cuidado integral de mi salud y la de mis compañeros de trabajo.

Firma del responsable del SG-SST

Garcia williston G.

Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	BOGOTÁ
Contrato No. 1725 - 2024		Anexo 14.5 Versión 0.0 Febrero-2025

NOMBRE	Garzon William	CEDULA No.	80-245-875.
FECHA:	18-11-2025	CARGO	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	DOTACIÓN	EPP	OBSERVACIONES
1	Casco	1	1	/		
2	Botas	1	1	/		
3	Overol	1	1	/		
4	Guantes	1	1			
5	Tapa oidos					
6						
7						
8						
9						
10						

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido 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. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento SSGT como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para Dotacion y EPP (Ropa de trabajo) entregados.		FIRMA DE TRABAJADOR	William Garzon
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREGA	ING. FABIO MERCK RAMIREZ	CARGO	Residente SST

Powered by CamScanner

ANEXO 3

PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE INTERVENTORIA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-27, 08:29:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077643277

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025

PAGADO 27/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO FERNANDO MARROQUI ESCOBAR		
Documento	CC79577468	**Dirección**	CL 24 #51 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4284803
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79577468	HUGO FERNANDO MARROQUIN ESCOBAR	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 6.035.000	$ 1.026.000	(EPS001) ALIANSALUD	$ 6.035.000	$ 754.400	6,960	$ 6.035.000	$ 420.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.035.000	$ 6.035.000	$ 6.035.000	$ 0	$ 1.026.000	$ 754.400	$ 420.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.200.500	$ 11.000	$ 2.211.500

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 7188384	0	JONATHAN CALA	I	03	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CRA 4C 37 66 BRR MESOPOTAMIA		3103294011			INGJONATHANCALA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35593891	I	2025-12-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.598.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35593891	2026-01-22	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 7188384	CALA MONROY JONATHAN JOSE	4.506.666																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	4.506.666	721.100	0	0	SANITAS-EPS005	4.506.666	563.400	SIN CCF-SINCCF	0	0	4.506.666	313.700	0,06960	0	0	0	0	0	57	0	1.598.200	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 7188384	0	JONATHAN CALA	I	03	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CRA 4C 37 66 BRR MESOPOTAMIA		3103294011			INGJONATHANCALA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35593891	I	2025-12-04	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.598.200	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35593891	2026-01-22	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
4.506.666	4.506.666	4.506.666	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	721.100	0	0	0	721.100
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	721.100	0	0	0	721.100
EPS(Administradoras: 1)				1	563.400	0	0	0	563.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	563.400	0	0	0	563.400
ARP(Administradoras: 1)				1	313.700	0	0	0	313.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	313.700	0	0	0	313.700
Gran Total					1.598.200	0	0	0	1.598.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74362580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN JOSE CANAS RINCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	NOBSA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 7A # 4-56 BARRIO CAMILO TORRES	TELÉFONO:	7773126
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7998467424**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2087555387

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 74362580	CAÑAS RINCON JUAN JOSE	INDEPEND		$ 1.423.500				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 405.800

Planilla Pagada

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	74362960	MANUEL IGNACIO BELTRAN SIACHOQUE	CARRERA 70B # 1 - 58 SUR MARSELLA	3907134	talentohumano.proyectistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	27/01/2026	584440	$408.600	

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	178.000	0		0		0	11	1.200	0	179.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	11	1.600	0	229.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.200
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	408.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74362960	MANUEL IGNACIO BELTRAN SIACHOQUE	CARRERA 70B # 1 - 58 SUR MARSELLA	3907134	talentohumano.proyectistas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	27/01/2026	584440	$408.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	74362960	BELTRAN SIACHOQUE MANUEL IGNACIO	3	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: lunes, 19 de enero de 2026 09:13:09 AM

Período del informe: 202512

Pagada 05/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONSTRUTEV SAS	**Sucursal**	1 PRINCIPAL
Documento	NI830512601	**Dirección**	AV. CARRERA 7 #155 C - 30 TRR E OFI 2404
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3907134
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	TEATINO VARGAS OSCAR EDUARDO	**Identificación**	CC79484285

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 80270826	PEDRAZA SUESCUN VICENTE	82017910	05/01/2026	202512	202601														X				6	6	6	6	25-14	EPS008	14-25	CCF22	$440.796	$440.796	$440.796	$440.796	$70.600	$17.700	$0	$17.700	$0	$0	$0	$0	$106.000
CC 80270826	PEDRAZA SUESCUN VICENTE	82017910	05/01/2026	202512	202601																		24	24	24	24	25-14	EPS008	14-25	CCF22	$1.763.182	$1.763.182	$1.763.182	$1.763.182	$282.200	$70.600	$122.800	$70.600	$0	$0	$0	$0	$546.200

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

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

SuAporte | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: lunes, 19 de enero de 2026 09:12:03 AM

Período del informe: 202512

Pagada 08/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PROYECTISTAS ASOCIADOS SAS	**Sucursal**	1 PRINCIPAL
Documento	NI900426155	**Dirección**	AV. CARRERA 7 #155 C - 30 TOR E OF 2404
Tipo de Empresa		**Teléfono**	3907134
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	PLAZAS ROLDAN OSCAR ANDRES	**Identificación**	CC74082238

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades																Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 79484285	TEATINO VARGAS OSCAR EDUARDO	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	25-14	EPS001	14-25	CCF22	$9.600.000	$9.600.000	$9.600.000	$9.600.000	$1.632.000	$384.000	$668.200	$384.000	$0	$0	$0	$0	$3.068.200
CC 74082238	PLAZAS ROLDAN OSCAR ANDRES	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	230901	EPS005	14-25	CCF22	$6.837.200	$6.837.200	$6.837.200	$6.837.200	$1.162.400	$273.500	$475.900	$273.500	$0	$0	$0	$0	$2.185.300
CC 1057583625	GUIZA SALCEDO ELVIA MARCELA	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	230301	EPS005	14-25	CCF22	$3.981.250	$3.981.250	$3.981.250	$3.981.250	$637.000	$159.300	$277.100	$159.300	$0	$0	$0	$0	$1.232.700
CC 88033075	REYES COLOBON RAFAEL GONZALO	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	25-14	EPS008	14-25	CCF22	$3.356.907	$3.356.907	$3.356.907	$3.356.907	$537.200	$134.300	$233.700	$134.300	$0	$0	$0	$0	$1.039.500
CC 1057598388	LEON VARGAS LAURA ALEJANDRA	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	25-14	EPS005	14-25	CCF22	$5.687.500	$5.687.500	$5.687.500	$5.687.500	$910.000	$227.500	$395.900	$227.500	$0	$0	$0	$0	$1.760.900
CC 1152222493	PEÑARANDA MENESES EVELYN FERNANDA	82018716	08/01/2026	202512	202601																		30	30	30	30	230201	EPS005	14-25	CCF22	$3.600.000	$3.600.000	$3.600.000	$3.600.000	$576.000	$144.000	$250.600	$144.000	$0	$0	$0	$0	$1.114.600
CC 1061762923	DURAN HURTADO VIVIANA	82018716	08/01/2026	202512	202601		X																30	30	30	30	25-14	EPS005	14-25	CCF44	$3.600.000	$3.600.000	$3.600.000	$4.025.000	$576.000	$144.000	$250.600	$161.000	$0	$0	$0	$0	$1.131.600

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

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

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	80085072	ALVARO HERNANDO SUA CARREÑO	CARRERA 72A # 152B-32 TORRE A2 APTO 701	3103433720	alvarosuac@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	22/01/2026	40629211	$930.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	400.000	0		0		0	2	500	0	400.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	0	0	2	700	0	512.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.800				16.800	2	100	16.900			168	16.900	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.500
Pensión	1	512.000	512.700
Riesgos Laborales	1	16.800	16.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.800	930.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80085072	ALVARO HERNANDO SUA CARREÑO	CARRERA 72A # 152B-32 TORRE A2 APTO 701	3103433720	alvarosuac@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-12	2025-12	I	22/01/2026	40629211	$930.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80085072	SUA CARREÑO ALVARO HERNANDO	57	0			N																			230301	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS005	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ANEXO 4

CERTIFICADO REVISOR FISCAL

CONSORCIO
MAVINP DEL NORTE

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

PAOLO ANDRÉS BIANCHI GANEM identificado con CC 1.020.799.464, en mi condición de Representante Legal de CONSORCIO MAVINP DEL NORTE identificada con NIT 901.903.126-3, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción *(artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante el último mes contado a partir de la firma. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia, se firma en Bogotá, al 5 de Enero del 2026

Paolo Bianchi

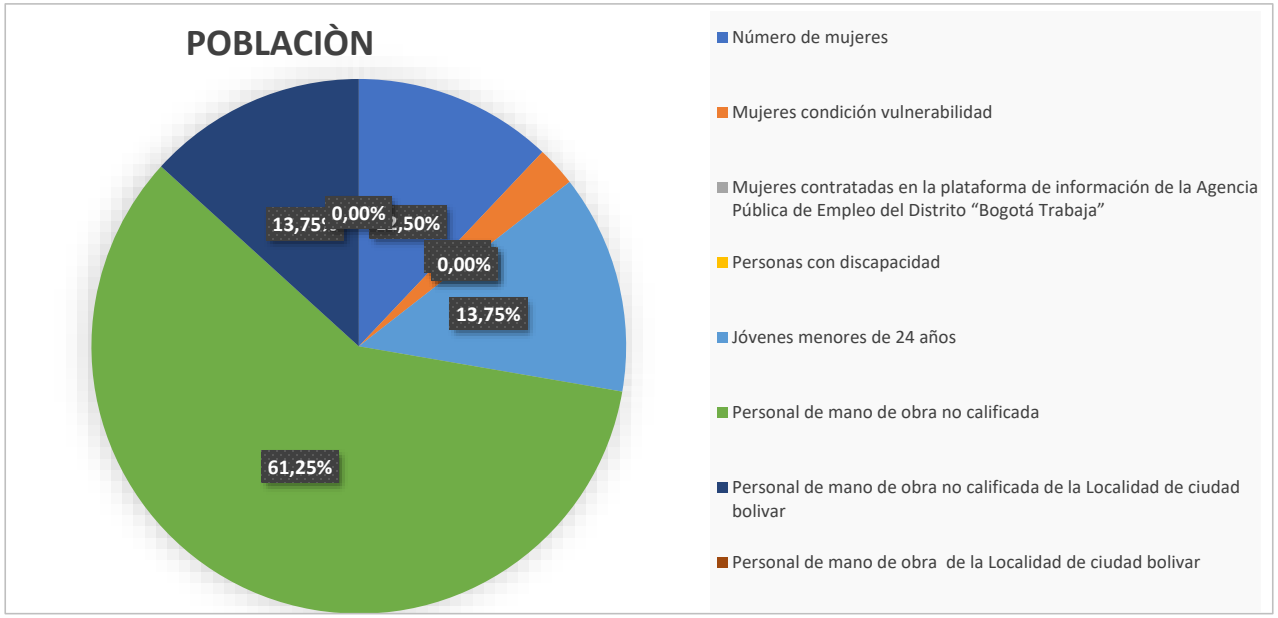
PAOLO ANDRÉS BIANCHI GANEM
1.020.799.464

Powered by CamScanner

ANEXO 5

PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL DE OBRA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	POBLACIÓN	FECHA
		VERSIÓN No.



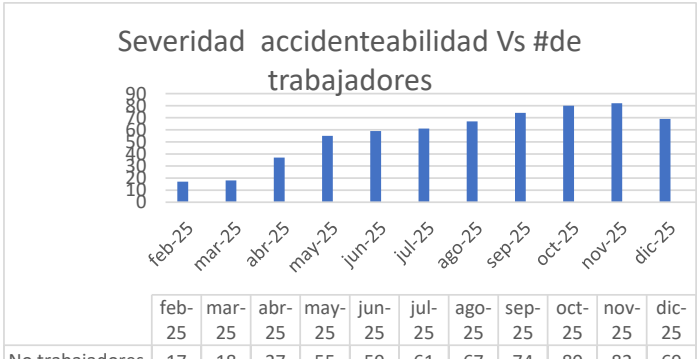
Mes	dic-25	
	Numèrico	Porcentaje
No total de trabajadores	80	100,00%
Número de mujeres	10	12,50%
Mujeres condición vulnerabilidad	2	2,50%
Mujeres contratadas en la plataforma de información de la Agencia Pública de Empleo del Distrito “Bogotá Trabaja”	0	0,00%
Personas con discapacidad	0	0,00%
Jóvenes menores de 24 años	11	13,75%
Personal de mano de obra no calificada	49	61,25%
Personal de mano de obra no calificada de la Localidad de ciudad bolivar	11	13,75%
Personal de mano de obra de la Localidad de ciudad bolivar	0	0,00%
Total personal de la localidad de ciudad boivar	11	13,75%

jun-25
1

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	SEGUIMIENTO DE AUSENTISMO Y ACCIDENTALIDAD	FECHA	dic-25
		VERSIÓN No.	1

Mes	Dias trabajados en el periodo	No trabajadores	No Accidentes e incidentes	No Dias de Incapacidad por Accidente	No de dias cargados AT	Frecuencia accidentalidad	Severidad accidentabilidad
feb-25	20	17	0	0	0	0	0
mar-25	31	18	0	0	0	0	0
abr-25	30	37	0	0	0	0	0
may-25	31	55	0	0	0	0	0
jun-25	30	59	0	0	0	0	0
jul-25	31	61	0	0	0	0	0
ago-25	31	67	1	5	4	0	0
sep-25	30	74	0	0	0	0	0
oct-25	31	80	2	10	10	0	0
nov-25	30	82	1	15	15	0	0
dic-25	31	69	0	0	0	0	0
TOTAL	326	619	4	30	29	0	0



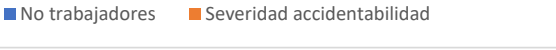


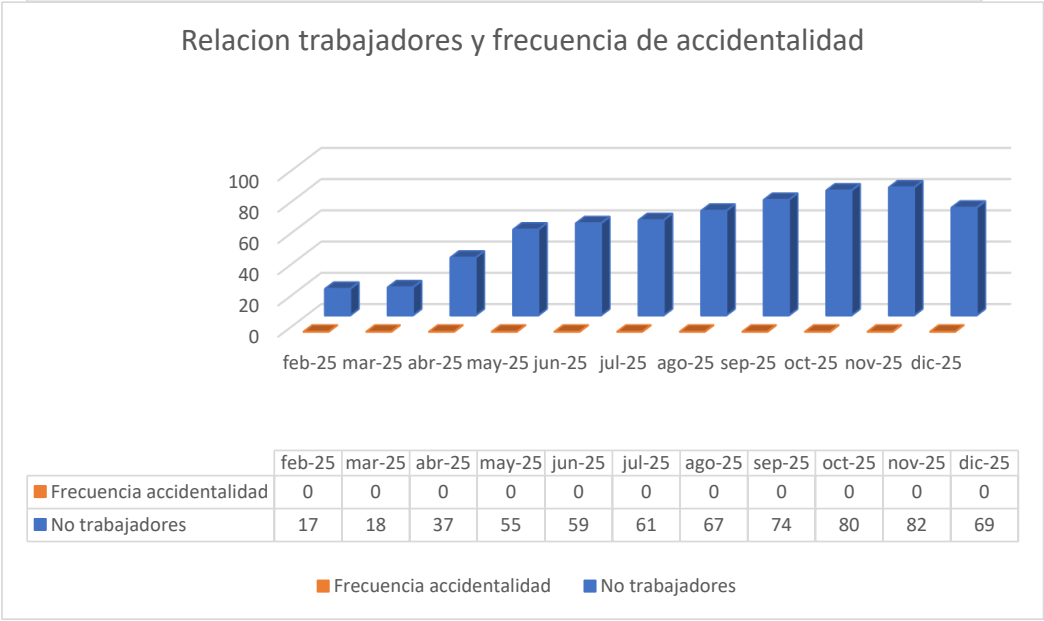
	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69

	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69
No Accidentes e incidentes	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0



	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69
Severidad accidentabilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0





	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
Frecuencia accidentalidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No trabajadores	17	18	37	55	59	61	67	74	80	82	69

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	AUSENTISMO ORIGEN COMUN			FECHA	dic-25
				VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Numero de incapacidades**	**Dias cargados por incapacidad origen comun en el mes**	**Numero de dias programados en el mes**	**Numero de dias de trabajo totales**
feb-25	17	0	0	20	20
mar-25	18	0	0	31	31
abr-25	37	0	0	30	30
may-25	55	0	0	31	31
jun-25	59	1	30	30	30
jul-25	61	0	0	31	31
ago-25	67	1	2	31	31
sep-25	74	0	0	31	31
oct-25	80	0	0	31	31
nov-25	82	2	4	30	30
dic-25	69	0	0	0	0
TOTAL	619	4	0	296	296

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	AUSENTISMO PERMISOS			FECHA	dic-25	
				VERSIÓN No.	1	
Mes	**No trabajadores**	**Numero de permisos**	**Dias no trabajados por permisos oen el mes. 1 persona**	**Numero de dias programados en el mes**	**Numero de dias de trabajo programados**	**Numero de dias de trabajo trabajados**
feb-25	**17**	0	0	20	0	20
mar-25	18	0	0	31	0	31
abr-25	37	2	1	30	0	30
may-25	55	0	0	31	0	31
jun-25	59	0	0	30	0	30
jul-25	61	0	0	31	0	31
ago-25	67	2	2	31	0	31
sep-25	74	0	0	0	0	30
oct-25	80	2	2	31	0	31
nov-25	82	4	4	30	30	30
dic-25	69	7	16	31	31	31
TOTAL	0	17	25	296	61	36
	602					

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL		FECHA	dic-25
			VERSIÓN No.	1
Mes	**No trabajadores**	**Casos enfermedad laboral antiguos**	**Casos enfermedad laboral nuevos**	**Incidencia enfermedad laboral**
feb-25	17	0	0	0
mar-25	18	0	0	0
abr-25	7	0	0	0
may-25	55	0	0	0
jun-25	59	0	0	0
jul-25	61	0	0	0
ago-25	67	0	0	0
sep-25	74	0	0	0
oct-25	80	0	0	0
nov-25	82	0	0	0
dic-25	69	0	0	0
TOTAL	589	0	0	0

Radicado No. 20256930185751
Fecha: 17/03/2025 3:03:06 p. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) ISMAEL URREGO URREGO, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 255850, tiene su domicilio en KR19F#71SUR-10 st 2, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 17 del mes Marzo del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 3/17/2025

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Radicado No. 20256930966961
Fecha: 01/12/2025 3:06:55 p. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) KEVIN ANDRES PULIDO DIAZ, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1000988847, tiene su domicilio en CL68HSUR#31A-08, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 01 del mes Diciembre del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 12/1/2025

Radicado No. 20256930339181
Fecha: 15/05/2025 3:48:55 p. m.

SECRETARÍA GOBIERNO

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1192801845, tiene su domicilio en AC60G#18CSUR-34 AP 302, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 15 del mes Mayo del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 5/15/2025

Carrera 73 No. 59 -12 Sur
Código Postal: 111921
Tel. 7799280
Información Línea 195
www.CIUDAD BOLIVAR.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Powered by CamScanner

Radicado No. 20256930339161
Fecha: 15/05/2025 3:48:37 p. m.

SECRETARÍA GOBIERNO

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1023367437, tiene su domicilio en TV36C#79ASUR-72, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 15 del mes Mayo del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 5/15/2025

Powered by CamScanner

SECRETARÍA GOBIERNO

Radicado No. 20256930387351
Fecha: 30/05/2025 3:56:26 p. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) NATALIA ANDREA MARTINEZ VELASQUEZ, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1031132132, tiene su domicilio en KR20A#62SUR-65 piso 2, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 30 del mes Mayo del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 5/30/2025

Powered by CamScanner

SECRETARÍA GOBIERNO

Radicado No. 20256930975851
Fecha: 02/12/2025 2:45:49 p. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) RODOLFO GALERA OROZCO, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1051884375, tiene su domicilio en CL62ASUR#67-32, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 02 del mes Diciembre del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 12/2/2025

Powered by CamScanner

Radicado No. 20256930635931
Fecha: 02/09/2025 3:51:19 p. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) YARITZA JIMENEZ ROJAS, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1003684638, tiene su domicilio en KR17B#64ASUR-06, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 02 del mes Septiembre del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 9/2/2025

SECRETARÍA GOBIERNO

Radicado No. 20256930972141
Fecha: 02/12/2025 11:31:44 a. m.

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
DESPACHO ALCALDE LOCAL

Bogotá D.C.,
EL SUSCRITO ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) YOHAN ALFONSO VELASQUEZ GOMEZ, identificado (a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA, No. 1023933729, tiene su domicilio en CL59BBisSUR#38-50, de Bogotá (Colombia) como consta en los documentos anexos a la solicitud, dirección que corresponde a la jurisdicción de esta localidad. Esta certificación se expide de conformidad con el postulado de la buena fé consignado en el Art. 83 de la Constitución Política y con base en las facultades delegadas a los Alcaldes Locales por el Alcalde Mayor mediante Decreto No. 854 de 2001 Art. 49.

Dada en Bogotá D.C., el día 02 del mes Diciembre del año 2025, a solicitud del interesado (a), para Proyectos locales. Que mediante Decreto No. 2150 de 1995, Articulo 11, SUPRESIÓN DE SELLOS.

En el desarrollo de las actuaciones de la Administración Pública, intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o Técnica utilizada, en el otorgamiento o tramite de documentos, distinto de los Títulos Valores. La firma y denominación del cargo serán información suficiente para la expedición del documento respectivo. Prohíbase a los Servidores Públicos el riesgo notarial de cualquier sello elaborado para el uso por la Administración Pública. Que la firma mecánica plasmada en el presente documento tiene plena validez para efectos legales de conformidad con la Resolución No 447 del 20 de junio de 2011, y dando cumplimiento a la ley anti trámites Decreto-Ley 19 de 2012.

Este Certificado podrá ser expedido en línea a través de la página web de la Secretaría Distrital de Gobierno www.gobiernobogota.gov.co, ingresando por las siguientes opciones: 'portafolio de trámites y servicios' > 'Certificado de Residencia' > 'Servicio en Línea

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
ALCALDE LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR
La presente constancia se expide en Bogotá D.C. el 12/2/2025

Powered by CamScanner

ANEXO 6

REUNIÓN COPASST

Y COCOLA

1. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR

Se da lectura del acta N° 09, se realiza revisión de los compromisos adquiridos

N° DE ACTA:	10
FECHA DE REUNIÓN:	30/12/2025
HORA:	12:00 am
LUGAR:	PUNTO CREA

2. PARTICIPACIÓN DEL COPASST EN EL SG-SST

El accidente ocurrido en el mes de noviembre se encuentra actualmente en seguimiento. Al señor Jorge Enríquez, quien desempeña el cargo de cadenero, se le están realizando las terapias correspondientes como parte de su proceso de recuperación. En este momento, se está a la espera del cierre del caso por parte de la ARL.

Adicionalmente, se han implementado charlas de capacitación y concientización dirigidas a los trabajadores, con el fin de reforzar el conocimiento sobre los peligros y riesgos presentados en la obra y prevenir la ocurrencia de nuevos incidentes.

3. REPORTES DE LOS TRABAJADORES.

A continuación, se describe la gestión realiza para cada uno de los reportes realizados:

NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	REPORTE REALIZADO	GESTIÓN REALIZADA

Reportes Nuevos

NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	REPORTE REALIZADO
Natalia Martínez	Boal	Durante el mes de diciembre se realizaron actividades de señalización y cerramiento de la obra, así como el arreglo de los senderos peatonales, con el fin de permitir el paso seguro de los habitantes de las cuadras intervenidas. No obstante, al día siguiente se evidenció que los mismos habitantes, al ingresar motocicletas, ocasionaron daños en la señalización instalada.

4.ASISTENTES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Fabio Mauricio Ramos	79691429	Residente SST HSE	
Diego Javier Sanguino Delgado	1016022114	Cadenero 1	
Andrea Velasco T.	1033729287	RESIDENTE SOCIAL	
Jorge Enriquez	79906037	CADENERO 1	
Anne Bula C	1022999139	Auxiliar SST-HSE	

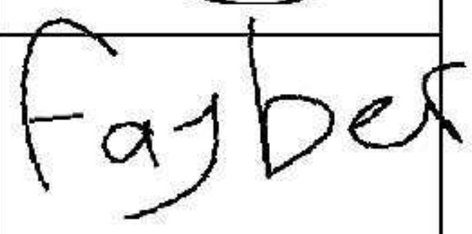
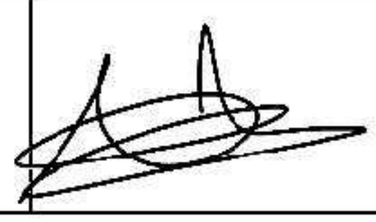
ANEXO 7

BRIGADISTA

El personal del **CONSORCIO MAVINP DEL NORTE** del contrato 1726-2024 para cumplir los requisitos del decreto 1072de 2015 articulo 2.2.4.6.25, se reunieron el día 13 de octubre del 2025 para actualizar la brigada de emergencia de acuerdo con la convocatoria y las aptitudes de cada trabajador postulados quedaron conformadas de la siguiente manera.

JEFE DE BRIGADA	BRIGADISTA DE PRIMEROS AUXILIOS	BRIGADISTA CONTRA INCENDIOS	BRIGADISTA DE EVACUACIÓN	BRIGADISTA DE COMUNICACIÓN
Annie Bulla	Fayber Reyes	Delio cárdenas	Ismael Urrego	Maicol Villegas

Para constancia de lo anterior firma a las 13 dias de octubre del 2025:

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANNIE BULLA	1022999139	AUXILIAR SST-MA	
FAYBER REYES	1032359273	BOAL	
DELIO CARDENAS	5864083	BOAL	
ISMAEL URREGO	255850	BOAL	
MAICOL VILLEGAS	1023367437	BOAL	

Powered by CamScanner

ANEXO 8

CAPACITACIONES Y CHARLAS DE SEGURIDAD

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA:	22/12/2023	LUGAR:	vista hermosa - compartir
TEMA:	orden y aseo en el puesto de trabajo.		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	fabio Ramirez	CC	

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Luis Eyder Bogota	9334624	Maestro	
2				
3	Rodolfo		Rodolfo	Rodolfo
4	Ismael arriego	255850	Boal	Ismael
5	Jaime Prado	334409	oficial	Jaime Prado
6	Harold Orozco	1124019O3	Ayudante	Harold Orozco
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

FIRMA RESIDENTE SST

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA:	3/12/2025	LUGAR:	Acapulco - Tequendama.
TEMA:	importancia del uso de los EPPS		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Fabio Heraldo Ramirez	CC	

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Dalber Mercado	1007123301	Alludante	Dalber
2	Jose Vicente Gonzalez	17591794	oficial	
3	Adriana Castellanos Unchery	1019119279	Insp. técnico	
4	Jaime Mesa	80244662	CARPINTERO	
5	Leonardo Morales S	1072648565	Cadenero 1	
6	Emilio Tique	6716720	A/U	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

FIRMA RESPONSABLE SST

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES	BOGOTÁ Anexo 19.1 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA:	9/12/2025	LUGAR:	Candelaria 4 -
TEMA:	Riesgo y Peligro		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	Fabio Merck Ramirez	CC	

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N° DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Jhon Beckham ocaña	9.691377	Ayudante	
2	Alben Payares	5046665	Maestro de obra	Alben
3	Daunson Payares	1192319214	oficial	Daunson
4	Jairo andres capella reyes	1004351512	ayudante	capella
5	Ismael Urrego	2558-50	Boal	Ismael
6	Roberto		Ayudante	Roberto
7	Jhon Cardoso Beckham	1.334.621	Maestro	
8	Harold Orozco	1124019403	Ayudante	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

FIRMA RESIDENTE SST

ANEXO 9

DOCUMENTOS MAQUINARIA

NESTOR RAUL GARZON OTALVARO
INGENIERO CIVIL U.N.
10.256.426-1

Bogotá 22 de abril de 2025

CERTIFICACIÓN DE MAQUINARIA

Yo **NÉSTOR RAÚL GARZÓN OTALVARO** identificado con cedula de ciudadanía No 10.256.426 actuando en calidad de contratista me permito certificar que toda la maquinaria que sea utilizada para el CONSORCIO MAVINP DEL NORTE identificado con Nit 901.903.126-3, estará disponible para el cumplimiento del proyecto cuyo objeto es: ejecutar a precios unitarios y a monto agotable la actualización y/o complementación y/o ajustes a los estudios y diseños, y las obras de construcción y/o conservación del espacio público de la localidad de ciudad Bolivar, priorizados para la vigencia fiscal 2024, de conformidad con los pliegos de condiciones y demás documentos del proceso, después se le realizara la debido mantenimiento preventivo que sea necesario para el buen funcionamiento de la maquinaria.

Agradecemos su atención, dicha certificación se expide a nombre de CONSORCIO MAVINP DEL NORTE

Cordialmente,

NESTOR RAUL GRAZON GARZON
Contratista Obra Civil

FICHA TECNICA DE MINICARGADOR BOBCAT S185



MINICARGADOR BOBCAT SOBRE LLANTA, CON MOTOR KUBOTA DIESEL, CON TRASLACION MECANICA Y CONTROLES DE CORONA, GRADO, PENDIENTE Y TRASLACION DE MATERIAL EN CADENA PARA CARGUE Y MOVIMIENTO DE TIERRAS, CAPACIDAD DE CUCHARA 0,4m3

ESPECIFICACIONES TECNICAS

TIPO DE MOTOR	**DIESEL**
MODELO	**2005 serie 519033523**
POTENCIA NETA	**90KW**
SISTEMA ELECTRICO	**12V**
CAP. TANQUE DE COMBUSTIBLE	**32 GLS**
VELOCIDAD Km/H	**42.7mts/min**
ALTERNADOR	**40Amp**
PESO NETO Kg	**3200 Kg**
LONGITUD	**2,45 Mts**

EQUIPOS CARLOS JULIO GUTIERREZ RODRIGUEZ

MANTENIMIENTO Y PROYECCION	FORMATO HOJA DE VIDA DE MAQUINARIA / EQUIPO	COD: SST-FO-039 VER: 2 REV: 0 PAG: 1

RESPONSABLE ; JULIAN CAMILO GUTIERREZ		**CARGO ; JEFE OPERATIVO**				**DD**	**MM**	**AA**
OBRA: GENERAL		**FECHA DE ELABORACIÓN E IMPLEMENTACION:**				**01**	**01**	**2020**
MAQUINARIA / EQUIPO	MINI CARGADOR		**MARCA**	BOBCAT				
MODELO	2005		**REFERENCIA**	S185				
N° SERIE O MANIFIESTO	519033523		**N° INTERNO**	019				
FECHA DE COMPRA	N/A	**N°TARJETA DE REGISTRO**		N/A	MANIFIESTO	**si**		
ACCESORIOS DEL EQUIPO	LLANTAS NEUMATICAS Y VALDE							
OBSERVACIONES SOBRE SU ESTADO	EQUIPO SIN NINGUNA OBSERVACION							
FRECUENCIA DEL MANTENIMIENTO O CALIBRACION: CADA 250 HORAS								
NOTA: Cuando se efectué mantenimiento preventivo o correctivo, es obligatorio realizar las actividades de : limpieza - Lubricación - Ajuste						**VERIFICADO**		

FECHA	TIPO DE MANTENIMIENTO	HOROMETRO	TIPO DE MANTENIMIENTO			QUIEN REALIZA LA LABOR	OBSERVACIONES
			PREV	CORR	MES		
08/06/2022	MANTENIMIENTO	N/A	X		JUNIO	ORLANDO CETINA	MANTENIMIENTO GENERAL, ENGRASE
15/10/2022	MANTENIMIENTO	N/A	X		OCTUBRE	ORLANDO CETINA	CAMBION DE ACEITE Y FILTROS
18/02/2023	MANTENIMIENTO	N/A	X		FEBRERO	ORLANDO CETINA	CAMBIO DE ACEITE HIDRAULICO
18/05/2023	MANTENIMIENTO	N/A	X		MAYO	ORLANDO CETINA	MANTENIMIENTO GENERAL

JOSE MANUEL SALAMANCA OLIS Ingeniero mecánico TP CN23030761	APROVADO POR **COORDINADOR SST**	REVISADO POR **GERENTE GENERAL**

Fecha aproximada de próximos mantenimientos

- 2023-20-09 Cambio de aceite y filtros de motor. Cambio de filtros hidráulicos. Cambio de filtro de aire
- 2023-15-12 Cambio de aceite y filtros de motor. Cambio de aceite de motores de traslación
- 2024-12-02 Cambio de aceite y filtros de motor. Revisión eléctrica

GADORES Y TRACTORES DE COLOMBIA LIMITADA

AgroBobcat
NIT. 900.359.896-9

Kubota Bobcat. Perkins John Deere

Transversal 32C 19C-17
Cels. 3143462463 * 304 580 1260
juliopulidodominguez@hotmail.com * www.agrobobcat.com.co

REPORTE DE SERVICIO.
Nº 2266

CLIENTE Carlos Gutierrez Y/O Julian Gutierrez FECHA 19-03-2025
Encargado Sergio Delgado Telefono
Direccion Talles Agrobobcat. Ciudad Bogota.
Marca Bobcat Modelo S 185 No.Serie A3L938073 Horometro 2736.4
Código Técnico Cartrac Ltda Julio Pulido DIA Llegada DIA Salida

Todo primer diagnostico realizado a las maquinas para reparación están sujetos a cambios después de ser probadas, y a su vez toda máquina reparada debe estar aprobada por el cliente a satisfacción, si la maquina es retirada por decisión del cliente sin el aval del técnico pierde automáticamente la garantía por parte de la compañía Cartrac Ltda.

MOTIVO SERVICIO

Entrega Minicargador Bobcat S185 Modelo 2010.

DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES REALIZADAS

Se hace entrega Maquina Bobcat S185 Segun evidencia fotos y videos en perfecto estado. Se entrega con Mantenimiento de 250 Horas y 1000 Horas con filtros Nuevos

REPUESTOS UTILIZADOS

CALIDAD	DESCRIPCION	CALIDAD	DESCRIPCION
4	llantas Nuevas		
1	Tarro Auxiliar Refrigerante Nuevo.		
3	Acoples Palanca Auxiliares Nuevos.		
1	Cuchilla Nueva.		
1	Sensor de PTO Nuevo		
1	Sensor de bist Nuevo		
1	stops delanteros Nuevos		
1	stops traseros Nuevos		
1	Pintura Generas		
1	vidrio Trasero Nuevo.		
4	Empaquetaduras Nuevas		
1	Alternador Nuevo.		

EL CLIENTE RECIBE EL SERVICIO A SATISFACIO

NOMBRE CLIENTE Julian Camilo Gutierrez FIRMA CLIENTE



CARTRAC LTDA

MAQUINARIA Y REPUESTOS ORIGINALES

ASESORIA Y SERVICIO TECNICO



Bobcat Perkins Kubota AgroBobcat

CERTIFICACIÓN DE MANTENIMIENTO

En mi condición de Jefe de Taller de la compañía CARGADORES Y TRACTORES DE COLOMBIA LIMITADA – CARTRAC con NIT. 900.359.896-9, hago constar que, de acuerdo a las especificaciones Técnicas dadas por el Fabricante, al MINICARGADOR BOBCAT S185, serie No. A3L938073, el dia 19 de Marzo de 2025 a las 2736.4 horas se le realizó las siguientes actividades mediante la orden de servicios No. 2266

- Revision y ajuste General
- Mantenimiento General de 1000 horas
  Cambio Filtro de Aceite
  Cambio Filtro de combustible
  Cambio Filtro de aire interno y externo
  Cambio Filtro enfriador
  Cambio Filtro Hidraulico
  Cambio Filtros hidrostaticos
  Cambio Aceite de cadenas
  Cambio Aceite sistema hidraulico Delo 400 XLE SB CK 4 /SN SAE15W40
  Cambio Aceite de motor Delo 400 XLE SB CK 4 /SN SAE15W40

Propiedad del señor
CARLOS JULIO GUTIERREZ RODRIGUEZ
CC. No. 11.253.207 de4 Bogota

Siendo su proximo mantenimiento preventivo a las 2.986.4 horas (Mantenimiento preventivo de 500 horas). En la última intervención hecha al equipo, se hizo una revisión de todos los sistemas; en consecuencia de lo anterior, Certificamos que la maquina se encuentra en optimas condiciones para desempeñarse de manera segura y eficiente.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los treinta y un (31) días del mes de Marzo de 2025. Esta certificacion tiene validez hasta el registro de las 2986.3 horas.

Cordialmente,

CARTRAC LTDA
Nit. 900.359.896-9

JULIO R. PULIDO D
Jefe de Taller
Cartrac Ltda

ENTREGAS A DOMICILIOS DENTRO DE LA CIUDAD Y SUS ALREDEDORES.
DESPACHOS A TODO EL TERRITORIO NACIONAL.

Pedales	Joystick seleccionable (SJC)	Mandos manuales

Bobcat

PRONTUARIO DEL OPERADOR

Este Prontuario está destinado a las cargadoras compactas Bobcat que cuentan con el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™)
Modelos S150, S160, S175, S185, S220, S250 y S300

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

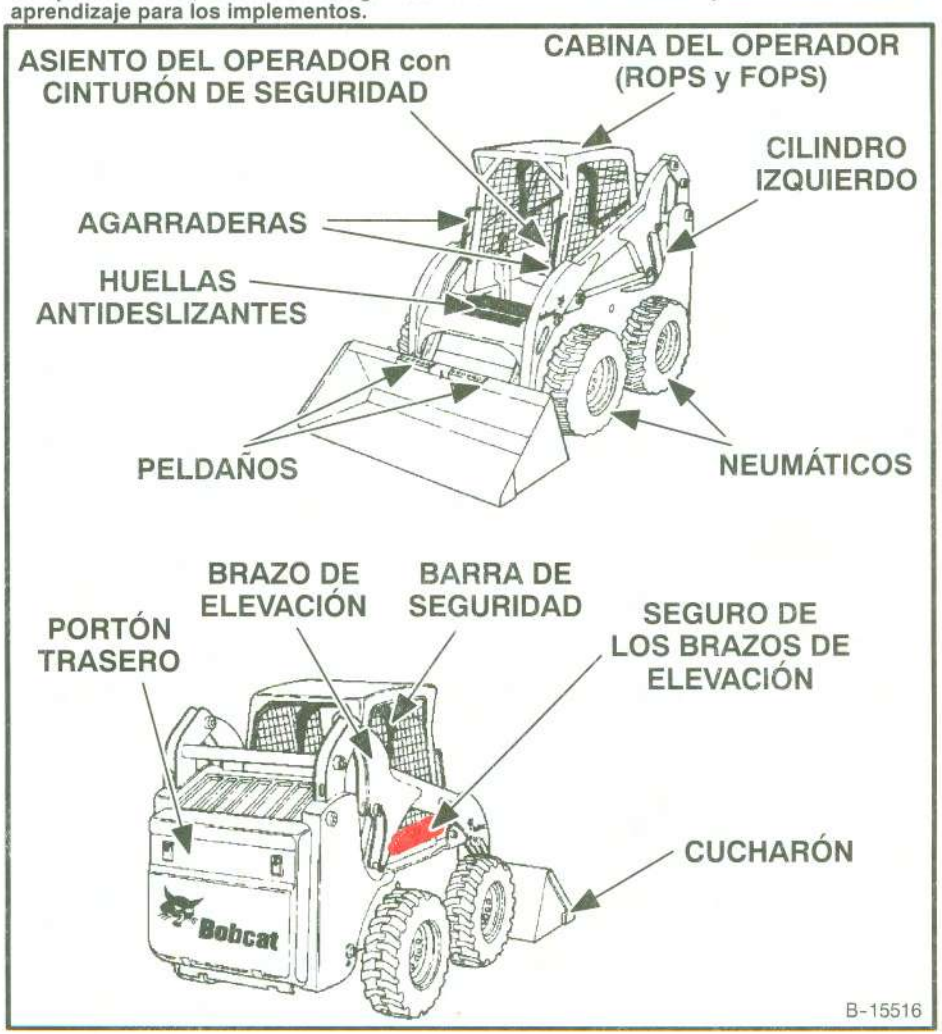
- Nunca use la cargadora sin instrucciones. Lea las pegatinas de la cargadora, el Manual de Utilización y Mantenimiento, y este Prontuario.
- Abróchese siempre el cinturón de seguridad y baje la barra de seguridad antes de utilizar la cargadora. Mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección.
- Nunca utilice la cargadora sin la cabina del operador que cuenta con la aprobación ROPS y FOPS.
- Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.
- No se desplace ni gire con los brazos de elevación levantados. Mire hacia la dirección de desplazamiento.
- Cargue, descargue y gire sobre terreno llano horizontal.
- No sobrepase la capacidad nominal estipulada.
- Antes de abandonar el asiento del operador:
  Baje los brazos de elevación.
  Sitúe el implemento totalmente sobre el suelo.
  Pare el motor. Quite la llave (si dispone de ella).
  Ponga el freno de estacionamiento.
  Levante la barra de seguridad.
  (Pedales) Mueva los pedales hasta que ambos queden bloqueados.
  (Sistema de Control Avanzado [ACS] o el joystick seleccionable [SJC]) Ponga los mandos hidráulicos en punto muerto.
- Nunca modifique la cargadora ni añada implementos no aprobados por Bobcat.
- Nunca lleve pasajeros. Mantenga a las personas alejadas del área de trabajo.

An IR Ingersoll-Rand business

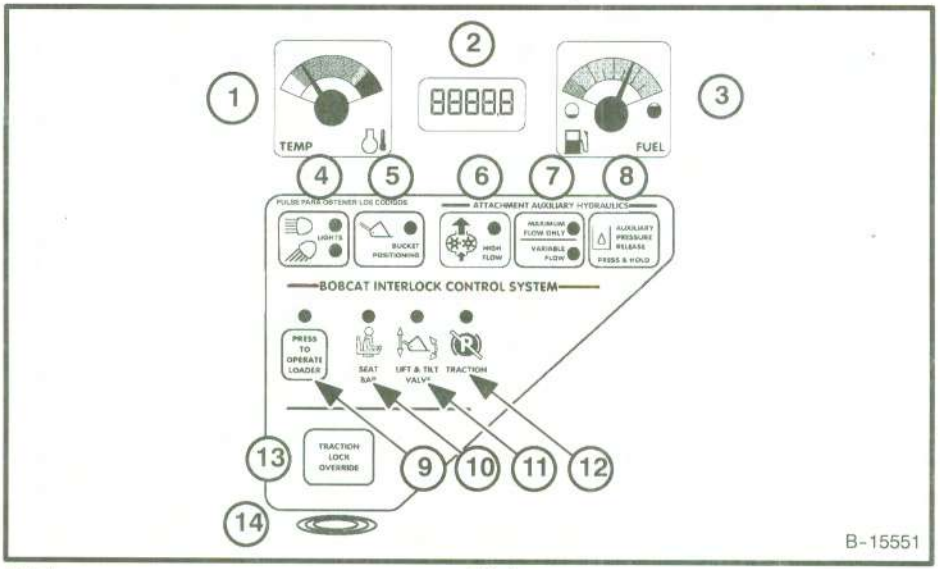
6902600-ES (10-03) Impreso en Europa
© IR Bobcat Europe 2003

Obtenga información sobre la cargadora en este Prontuario, el Manual de Utilización y Mantenimiento y las pegatinas. Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea dibujos más detallados de cada modelo de cargadora. Los dibujos que se muestran a continuación son generalizados y se aplican a varios modelos. Cambie las pegatinas dañadas o reponga las que falten, como se indica en el Manual de Utilización y Mantenimiento.

Consulte al distribuidor sobre los equipos que se necesitan en aplicaciones específicas. Remítase al Manual de Operación y Mantenimiento, y al distribuidor, si desea información sobre los cucharones e implementos para la capacidad nominal de la cargadora. Para trabajos especiales, consulte a su distribuidor sobre los equipos necesarios aprobados; por ejemplo, elementos de protección, elementos de advertencia o luces especiales. En el distribuidor también puede obtener Cursillos para la utilización de la cargadora compacta Bobcat, Cursillos de Seguridad durante el Mantenimiento y otros materiales de aprendizaje para los implementos.



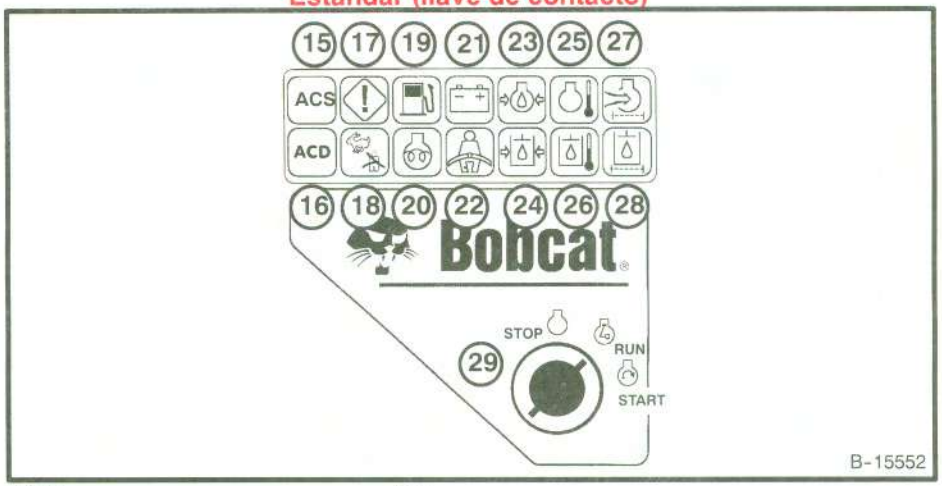
TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero izquierdo - Estándar y Deluxe



Nº de Ref.	Función	Nº de Ref.	Función
1.	INDICADOR DE TEMPERATURA	8.	DESCARGA DE PRESIÓN DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR
2.	CUENTAHORAS / PANTALLA DE CÓDIGOS / CUENTA ATRÁS DE LAS BUJÍAS INCANDESCENTES	9.	BOTÓN PRESS TO OPERATE LOADER (PULSAR PARA ACTIVAR LA CARGADORA)
3.	INDICADOR DE COMBUSTIBLE	10.	BARRA DE SEGURIDAD
4.	LUCES / PULSE PARA OBTENER LOS CÓDIGOS	11.	VÁLVULA DE ELEVACIÓN E INCLINACIÓN
5.	AUTONIVELACIÓN DEL CUCHARÓN (Opcional)	12.	TRACCIÓN
6.	ALTO CAUDAL (Opcional sólo en algunos modelos)	13.	ANULACIÓN DEL BLOQUEO DE TRACCIÓN
7.	CAUDAL MÁXIMO / CAUDAL VARIABLE	14.	ALARMA

Consulte el *Manual de Utilización y Mantenimiento* si desea más información.

TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero derecho - Estándar (llave de contacto)

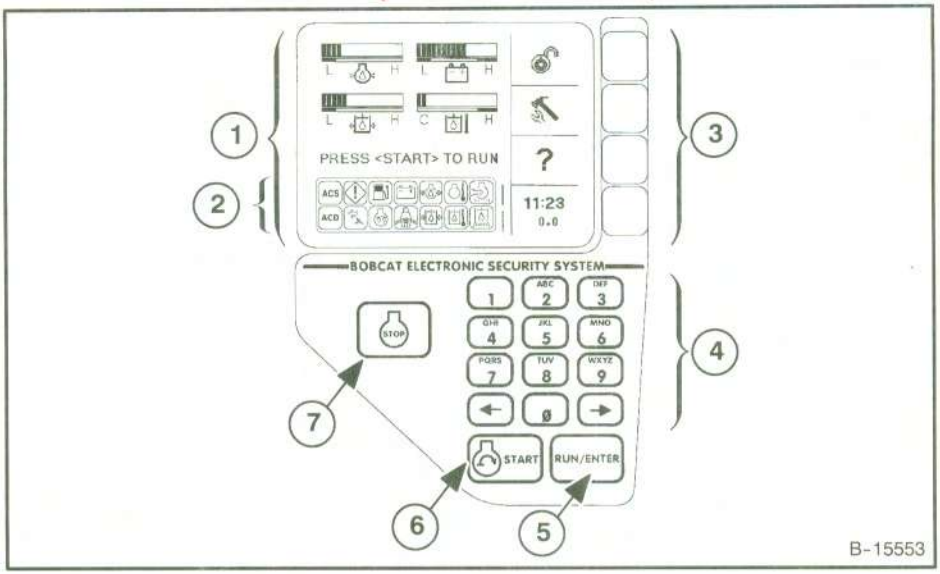


Nº de Ref.	Función	Opc. o est.	Luz	Alarma	Condición♦
15.	Sistema de control avanzado ..	Opc.	ON	3 pitidos	Error
16.	Módulo de identificación de implementos	Est.	ON	- - -	- - -
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	Error
17.	Aviso general	Est.	ON	3 pitidos	
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
18.	Velocidad alta	Opc.	ON	- - -	Velocidad alta activada
		Opc.	ON		
				3 pitidos	Error
19.	Nivel de carburante	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
20.	Bujías incandescentes	Est.	ON	- - -	- - -
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	Error
21.	Tensión del sistema	Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
22.	Cinturón de seguridad	Est.	ON	- - -	- - -
23.	Presión del aceite del motor ..	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
24.	Presión hidrost. de cebado ...	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
25.	Temp. del refrigerante del motor	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
26.	Temp. del aceite hidráulico	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	ON	3 pitidos	ADVERTENCIA
		Est.	INTERMITENTE	Continua	**PARADA
27.	Filtro de aire del motor	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
28.	Filtro hidráulico	Est.	ON	3 pitidos	Error
		Est.	INTERMITENTE	3 pitidos	ADVERTENCIA
29.	Llave de contacto	- - -	- - -	- - -	- - -

** PARADA - El motor se parará en 10 segundos. (Se puede volver a arrancar el motor para mover o reubicar la cargadora.)

♦ Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea más información

TABLERO DE INSTRUMENTOS - Tablero derecho - Deluxe (encendido sin llaves)



Ref.	Función	Ref.	Función
1.	Tablero de instrumentos	4.	Teclado numérico
2.	Símbolos de las funciones - Igual que el Tablero est.	5.	Botón Run / Enter
3.	Botones de selección de símbolos	6.	Botón Start
		7.	Botón Stop

NOTA: Las cargadoras con *Tablero de instrumentos Deluxe* incorporan una Contraseña Maestra permanente que se genera aleatoriamente en fábrica. Su cargadora llevará asignada una contraseña del propietario. (Consulte el *Manual de Utilización y Mantenimiento* si desea más información.)

TABLERO DE INSTRUMENTOS (CONT.)
(Accesorio opcional o montado por el distribuidor)

1. Enchufe eléctrico (Para accesorios de 12 V).
2. NO UTILIZADO
3. Limpiaparabrisas/Rociador delantero - Pulse la parte superior para ENCENDERLOS; pulse y mantenga pulsado para accionar el rociador; pulse la parte inferior para APAGARLOS.
4. Limpiaparabrisas/Rociador trasero - Pulse la parte inferior para ENCENDERLOS; pulse la parte superior para ENCENDERLOS con líquido de lavado.



5. NO UTILIZADO
6. NO UTILIZADO



7a. Sistema de control avanzado (ACS) (Seleccione pedales o mandos manuales) - Pulse la parte superior para seleccionar los mandos manuales y la parte inferior para seleccionar los pedales.

7b. Joystick seleccionable (SJC) Pulse la parte superior para seleccionar la modalidad de control 'H' y la parte inferior para seleccionar la modalidad 'ISO'.

8. NO UTILIZADO

9. Bob-tach hidráulico (sólo en algunos modelos) - Pulse la flecha ARRIBA para desactivarlo y la flecha ABAJO para activarlo.

10. Freno de estacionamiento - Pulse la parte superior para activarlo y la parte inferior para desactivarlo.

11. Indicadores de giro - Indican que las luces de giro a la izquierda o a la derecha están ENCENDIDAS.

12. Luces de peligro - Pulse la parte superior (o izquierda) para ENCENDERLAS y la parte inferior (o derecha) para APAGARLAS.

13. Luces rotativas de posición - Pulse la parte superior (o izquierda) para ENCENDERLAS y la parte inferior (o derecha) para APAGARLAS.

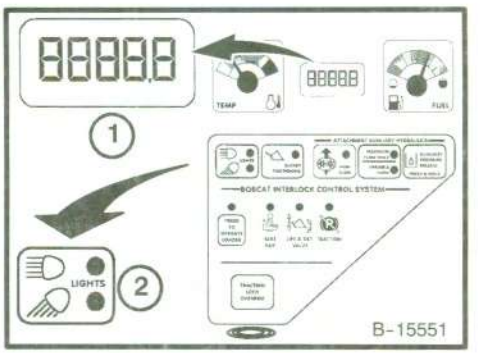
CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE

La pantalla del cuentahoras (1) del tablero de instrumentos izquierdo cambiará de horas de motor a CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. Pulse y mantenga pulsado el botón LIGHTS (LUCES) (2) del tablero de instrumentos izquierdo durante dos segundos para ver los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO en la pantalla del cuentahoras. Si aparece más de un CÓDIGO DE MANTENIMIENTO, los códigos se intercalarán en el cuentahoras.

La lista que aparece a continuación contiene los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. Los CÓDIGOS ayudan a analizar las funciones vigiladas de su cargadora Bobcat. Algunos procedimientos de mantenimiento pueden ser realizados ÚNICAMENTE por PERSONAL TÉCNICO BOBCAT AUTORIZADO.

Pueden aparecer también las siguientes palabras de error:

- **RESPUESTA** Uno o ambos tableros de instrumentos no se comunican con el controlador.
- **ENTRADA** El controlador no se comunica con el tablero de instrumentos izquierdo.
- **CÓDIGO** El controlador pide una contraseña. (Sólo tablero Deluxe)
- **ERROR** Se introdujo una contraseña errónea. (Sólo tablero Deluxe)



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
01-16	Filtro de aire no conectado	06-13	Régimen del motor sin señal
01-17	Filtro de aire obturado	06-15	Régimen del motor en parada
02-16	Filtro hidráulico de cebado no conectado	06-18	Régimen del motor fuera de límites
		07-10	Alta temperatura del aceite hidráulico
02-17	Filtro hidráulico de cebado obturado	07-11	Temperatura del aceite hidráulico extremadamente alta
03-09	Baja tensión de la batería		
03-10	Alta tensión de la batería	07-15	Temperatura del aceite hidráulico en parada
03-11	Tensión de la batería extremadamente alta		
03-14	Tensión de la batería extremadamente baja	07-21	Temperatura del aceite hidráulico fuera de límites por arriba
03-22	Tensión de la batería fuera de límites por debajo	07-22	Temperatura del aceite hidráulico fuera de límites por debajo
04-09	Baja presión de aceite del motor		
04-14	Presión de aceite del motor extremadamente baja		
04-15	Presión de aceite del motor en parada	08-10	Alta temperatura del refrigerante del motor
04-21	Presión de aceite del motor fuera de límites por arriba	08-11	Temperatura del refrigerante del motor extremadamente alta
04-22	Presión de aceite del motor fuera de límites por debajo	08-15	Temperatura del refrigerante del motor en parada
05-09	Baja presión hidráulica de cebado	08-21	Temperatura del refrigerante del motor fuera de límites por arriba
05-14	Presión hidráulica de cebado extremadamente baja	08-22	Temperatura del refrigerante del motor fuera de límites por debajo
05-15	Presión hidráulica de cebado en parada	09-09	Bajo nivel de carburante
		09-21	Nivel de carburante fuera de límites por arriba
05-21	Presión hidráulica de cebado fuera de límites por arriba	09-22	Nivel de carburante fuera de límites por debajo
05-22	Presión hidráulica de cebado fuera de límites por debajo	11-05	Sensor de la barra de seguridad corto a la batería
06-10	Alto régimen del motor	11-06	Sensor de la barra de seguridad corto a tierra
06-11	Régimen del motor extremadamente alto	12-21	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera fuera de límites por arriba

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
12-22	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera fuera de límites por debajo
12-23	Conmutador PWM de la hidráulica auxiliar delantera no calibrado
13-05	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante corto a la batería
13-06	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante corto a tierra
13-07	Electroválvula de mantenimiento del cierre de carburante en circuito abierto (sin tierra)
14-02	Electroválvula de arrastre del cierre de carburante error: ON
14-03	Electroválvula de arrastre del cierre de carburante error: OFF
15-02	Electroválvula de arrastre del bloqueo de tracción error: ON
15-03	Electroválvula de arrastre del bloqueo de tracción error: OFF
16-05	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción corto a la batería
16-06	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción corto a tierra
16-07	Electroválvula de mantenimiento del bloqueo de tracción en circuito abierto (sin tierra)
17-05	Electroválvula de bloqueo hidráulico corto a la batería
17-06	Electroválvula de bloqueo hidráulico corto a tierra
17-07	Electroválvula de bloqueo hidráulico en circuito abierto (sin tierra)
18-05	Electroválvula de bloqueo del carrete corto a la batería
18-06	Electroválvula de bloqueo del carrete corto a tierra
18-07	Electroválvula de bloqueo del carrete en circuito abierto (sin tierra)
19-02	Electroválvula de autonivelación del cucharón error: ON
19-03	Electroválvula de autonivelación del cucharón error: OFF
20-02	Electroválvula de dos velocidades error: ON
20-03	Electroválvula de dos velocidades error: OFF
21-02	Bujías incandescentes error: ON
21-03	Bujías incandescentes error: OFF
22-02	Motor de arranque error: ON
22-03	Motor de arranque error: OFF
23-02	Electroválvula para el acoplador hembra trasero error: ON
23-03	Electroválvula para el acoplador hembra trasero error: OFF
24-02	Electroválvula para el acoplador macho trasero error: ON
24-03	Electroválvula para el acoplador macho trasero error: OFF
25-02	Electroválvula de descarga del auxiliar trasero error: ON
25-03	Electroválvula de descarga del auxiliar trasero error: OFF
26-02	Electroválvula para el acoplador hembra delantero error: ON
26-03	Electroválvula para el acoplador hembra delantero error: OFF
27-02	Electroválvula para el acoplador macho delantero error: ON
27-03	Electroválvula para el acoplador macho delantero error: OFF
28-02	Electroválvula de desvío error: ON
28-03	Electroválvula de desvío error: OFF
29-02	Electroválvula de los auxiliares de alto caudal error: ON
29-03	Electroválvula de los auxiliares de alto caudal error: OFF
30-28	Fallo de la memoria del controlador
31-28	Fallo de suministro de energía interrumpido (interno)
32-04	El Sistema de control avanzado (ACS) no se comunica con el controlador Bobcat
32-23	No calibrado
32-31	Fallo del impulsor de inclinación
32-32	Fallo del impulsor de inclinación fallo en el cableado
32-33	Fallo de la palanca de inclinación fallo en el cableado
32-34	Impulsor de inclinación no calibrado
32-35	Palanca/pedales de inclinación no calibrados
32-36	Fallo del impulsor de elevación
32-37	Fallo del impulsor de elevación fallo en el cableado
32-38	Fallo de la palanca de elevación fallo en el cableado
32-39	El impulsor de elevación no está en punto muerto
32-40	La palanca/el pedal de elevación no está en punto muerto
32-41	Frecuencia no válida
32-49	Impulsor de elevación corto a tierra
32-50	Impulsor de inclinación corto a tierra
32-51	Impulsor de elevación corto a la batería
32-52	Impulsor de inclinación corto a la batería
32-53	Palanca/pedal de elevación corto a tierra
32-54	Palanca/pedal de inclinación corto a tierra
32-55	Palanca/pedal de elevación corto a la batería
32-56	Palanca/pedal de inclinación corto a la batería
32-57	Rendimiento reducido del impulsor de elevación
32-58	Rendimiento reducido del impulsor de inclinación
32-59	Dirección incorrecta del impulsor de elevación
32-60	Dirección incorrecta del impulsor de inclinación
32-61	Bloqueo de la palanca corto a tierra
32-62	Bloqueo de la palanca corto a la batería
32-63	Bloqueo del pedal corto a tierra
32-64	Bloqueo del pedal corto a la batería
32-65	Tensión de suministro del sensor fuera de límites
32-66	Batería fuera de límites
32-67	El interruptor se movió durante la utilización
32-68	Palanca de elevación error CAN
32-69	El interruptor del patrón de mandos se movió durante la utilización
32-70	Patrón Y de la palanca derecha corto a tierra
32-71	Patrón Y de la palanca derecha corto a la batería
33-23	Principal (Controlador Bobcat no programado)

error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

6902600

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
34-04	El tablero Deluxe no se comunica con el controlador Bobcat	38-38	Suministro del sensor de 5 V 2 fuera de límites por debajo
35-02	Ventilador de dos velocidades error: ON	38-39	Impulsor de elevación corto a tierra
35-03	Ventilador de dos velocidades error: OFF	38-40	Impulsor de inclinación corto a tierra
36-48	Presencia de controladores múltiples en el módulo de identificación de implementos (ACD)	38-41	Dirección incorrecta del impulsor de inclinación
37-02	Sistema secundario de dos velocidades error: ON	38-42	Dirección incorrecta del impulsor de elevación
37-03	Sistema secundario de dos velocidades error: OFF	38-43	Electroválvula de avance izquierdo error: ON
38-04	Error en el controlador	38-44	Electroválvula de marcha atrás izquierda error: ON
38-05	Joystick izquierdo, eje X no calibrado	38-45	Electroválvula de avance derecho error: ON
38-06	Joystick derecho, eje X no calibrado		
38-07	Joystick izquierdo, eje Y no calibrado		
38-08	Joystick derecho, eje Y no calibrado	38-46	Electroválvula de marcha atrás derecha error: ON
38-09	Interruptor del patrón de mandos corto a la batería o a tierra	38-47	Electroválvula de la dirección derecha delantera error: ON
38-11	Impulsor de elevación no calibrado	38-48	Electroválvula de la dirección izquierda delantera error: ON
38-12	Impulsor de inclinación no calibrado		
38-13	Fallo del cableado del impulsor de elevación		
38-14	Fallo del cableado del impulsor de inclinación	38-49	Electroválvula de la dirección derecha trasera error: ON
38-15	Fallo del cableado de la velocidad de las ruedas derechas	38-50	Electroválvula de la dirección izquierda trasera error: ON
38-16	Fallo del cableado de la velocidad de las ruedas izquierdas		
38-17	Rendimiento reducido del impulsor de inclinación		
38-18	Rendimiento reducido del impulsor de elevación	38-51	Electroválvula de presión de la dirección error: ON
38-19	Joystick izquierdo, eje X fuera de límite por arriba	38-52	Alarma de marcha atrás error: ON
38-20	Joystick derecho, eje X fuera de límite por arriba	38-53	Electroválvula de avance izquierdo error: OFF
38-21	Joystick izquierdo, eje Y fuera de límite por arriba	38-54	Electroválvula de marcha atrás izquierda error: OFF
38-22	Joystick derecho, eje Y fuera de límite por arriba	38-55	Electroválvula de avance derecho error: OFF
38-23	Sensor de la dirección derecha delantera fuera de límites por arriba	38-56	Electroválvula de marcha atrás derecha error: OFF
38-24	Sensor de la dirección izquierda delantera fuera de límites por arriba	38-57	Electroválvula de la dirección de extensión derecha delantera error: OFF
38-25	Sensor de la dirección derecha trasera fuera de límites por arriba	38-58	Electroválvula de la dirección de retracción derecha delantera error: OFF
38-26	Sensor de la dirección izquierda trasera fuera de límites por arriba	38-59	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda delantera error: OFF
38-27	Impulsor de elevación corto a la batería	38-60	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda delantera error: OFF
38-28	Impulsor de inclinación corto a la batería	38-61	Electroválvula de la dirección de extensión derecha trasera error: OFF
38-29	Joystick izquierdo, eje X fuera de límite por debajo	38-62	Electroválvula de la dirección de retracción derecha trasera error: OFF
38-30	Joystick derecho, eje X fuera de límite por debajo		
38-31	Joystick izquierdo, eje Y fuera de límite por debajo		
38-32	Joystick derecho, eje Y fuera de límite por debajo		
38-33	Sensor de la dirección derecha delantera fuera de límites por debajo	38-63	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda trasera error: OFF
38-34	Sensor de la dirección izquierda delantera fuera de límites por debajo	38-64	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda trasera error: OFF
38-35	Sensor de la dirección derecha trasera fuera de límites por debajo	38-65	Electroválvula de presión de la dirección error: OFF
38-36	Sensor de la dirección izquierda trasera fuera de límites por debajo	38-66	Alarma de marcha atrás error: OFF
38-37	Suministro del sensor de 5 V 1 fuera de límites por debajo	38-67	Comunicación CAN intervalo excedido
		38-68	Orientación de las ruedas (alineación) no calibrada

error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO DEL TABLERO DE INSTRUMENTOS DELUXE (CONT.)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
38-69	Fallo de la calibración de los impulsores de elevación e inclinación	40-04	El conmutador del joystick derecho no se comunica con el controlador Bobcat
38-70	Modalidad de recuperación	44-02	Bocina error: ON
38-71	Batería fuera de límites		
38-72	Bomba de transmisión no calibrada		
38-73	El interruptor del modo de dirección / modo de desplazamiento se movió durante la utilización	44-03	Bocina error: OFF
		45-02	Luz intermitente derecha error: ON
		45-03	Luz intermitente derecha error: OFF
38-74	Velocidad de las ruedas derechas sin comando error: ON	46-02	Luz intermitente izquierda error: ON
38-75	Velocidad de las ruedas izquierdas sin comando error: ON	46-03	Luz intermitente izquierda error: OFF
		47-21	Suministro del sensor de 8 V fuera de límites por arriba
38-76	Electroválvula de presión de la dirección corriente insuficiente	47-22	Suministro del sensor de 8 V fuera de límites por debajo
38-77	Electroválvula de la dirección de extensión derecha delantera corriente insuficiente	48-02	Relé de la luz delantera error: ON
		48-03	Relé de la luz delantera error: OFF
38-78	Electroválvula de la dirección de retracción derecha delantera corriente insuficiente	49-02	Relé de la luz trasera error: ON
38-79	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda delantera corriente insuficiente	49-03	Relé de la luz trasera error: OFF
		60-21	Mando de la hidráulica auxiliar trasera fuera de límites por arriba
38-80	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda delantera corriente insuficiente	60-22	Mando de la hidráulica auxiliar trasera fuera de límites por debajo
		60-23	El mando de la hidráulica auxiliar trasera no vuelve a punto muerto
38-81	Electroválvula de la dirección de extensión derecha trasera corriente insuficiente	64-02	Relé de alimentación conmutada error: ON
		64-03	Relé de alimentación conmutada error: OFF
38-82	Electroválvula de la dirección de retracción derecha trasera corriente insuficiente	74-72	Código Bob in boot
		74-73	Sistema del tablero izquierdo error RX
38-83	Electroválvula de la dirección de extensión izquierda trasera corriente insuficiente	80-02	Salida ACD 'A' error: ON
38-84	Electroválvula de la dirección de retracción izquierda trasera corriente insuficiente	80-03	Salida ACD 'A' error: OFF
		81-02	Salida ACD 'B' error: ON
38-85	Suministro del sensor de 5 V 1 fuera de límites por arriba	81-03	Salida ACD 'B' error: OFF
		82-02	Salida ACD 'C' error: ON
38-86	Suministro del sensor de 5 V 2 fuera de límites por arriba	82-03	Salida ACD 'C' error: OFF
		83-02	Salida ACD 'D' error: ON
38-87	Rueda derecha delantera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	83-03	Salida ACD 'D' error: OFF
		84-02	Salida ACD 'E' error: ON
38-88	Rueda izquierda delantera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	84-03	Salida ACD 'E' error: OFF
		85-02	Salida ACD 'F' ON
38-89	Rueda derecha trasera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	85-03	Salida ACD 'F' OFF
		86-02	Salida ACD 'G' ON
38-90	Rueda izquierda trasera bloqueada (fallo mecánico de la dirección)	86-03	Salida ACD 'G' OFF
		87-02	Salida ACD 'H' ON
38-91	Sensor de velocidad derecho sin pulsos	87-03	Salida ACD 'H' OFF
38-92	Sensor de velocidad izquierdo sin pulsos	90-02	Herramienta de servicio salida 'C' error: ON
38-93	Sensor de velocidad derecho sin respuesta	90-03	Herramienta de servicio salida 'C' error: OFF
38-94	Sensor de velocidad izquierdo sin respuesta	91-02	Herramienta de servicio salida 'D' error: ON
38-98	Controlador en modalidad de calibrado de desplazamiento	91-03	Herramienta de servicio salida 'D' error: OFF
38-99	Controlador en modalidad de calibrado de posición de las ruedas	92-02	Herramienta de servicio salida 'E' error: ON
		92-03	Herramienta de servicio salida 'E' error: OFF
39-04	Conmutadores del joystick izquierdo no se comunican con el controlador Bobcat	93-02	Herramienta de servicio salida 'F' error: ON
		93-03	Herramienta de servicio salida 'F' error: OFF

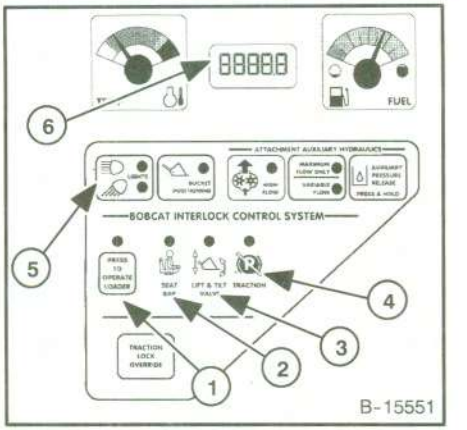
error: ON - el sistema detecta ON cuando debería ser OFF
error: OFF - el sistema detecta OFF cuando debería ser ON

SISTEMA BOBCAT DE BLOQUEO INTERFUNCIONAL (BICS™)

Cuadro de localización de averías

El siguiente cuadro ilustra los efectos que pueden producirse en la cargadora y las posibles causas cuando las luces del Tablero de instrumentos del Sistema BICS™ están APAGADAS. Véase el dibujo de la derecha para ubicar las luces y los símbolos del Sistema BICS™. ÚNICAMENTE PERSONAL TÉCNICO BOBCAT AUTORIZADO puede realizar el mantenimiento.

Pulse y mantenga pulsado durante dos segundos el botón LIGHTS (LUCES) (5) para ver los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO en la pantalla del cuentahoras (6). Si aparece más de un CÓDIGO DE MANTENIMIENTO, los códigos se intercalarán en el cuentahoras.



Luz indicadora	Luz ENCENDIDA	Luz APAGADA	Efectos sobre el funcionamiento cuando la luz esté APAGADA	Nº de luces intermitentes	Códigos de mantenimiento
1 PRESS TO OPERATE LOADER	El botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) está pulsado.	El botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) no está pulsado.	Elevación, inclinación y tracción no funcionan.		
2	Barra de seguridad bajada.	Barra de seguridad subida.	Elevación, inclinación y tracción no funcionan.	2 . . . . 3	11-05 11-06
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10
3 BAR LIFT & TILT VALVE	Puede utilizarse el controlador hidráulico.	No puede utilizarse el controlador hidráulico.	Elevación e inclinación no funcionan.	1 . . . . 2 . . . . 3 . . . . 3	17-07 17-05 17-06 17-06
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10
4 TRACTION	La cargadora puede desplazarse hacia adelante y hacia atrás.	La cargadora no puede desplazarse ni hacia adelante ni hacia atrás.	La cargadora no puede desplazarse ni hacia adelante ni hacia atrás.	1 . . . . 2 . . . . 3 . . . . 5 . . . . 6	16-07 16-05 16-06 15-02 15-03
				Luces intermitentes continuas	03-09 03-10

Los códigos de mantenimiento significan que hay un error en el sistema Consulte la sección CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO para identificar las causas. (Consultar con el distribuidor para el mantenimiento)

NOTAS: Masas con corrosión o sueltas pueden causar numerosos CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO y/o síntomas anómalos. Compruebe las masas y las dos conexiones de batería.

ERROR OFF = corto a tierra o fusible dañado, conexión eléctrica defectuosa, relé (abierto) defectuoso, no pasa tensión desde el relé hasta el controlador.

ERROR ON = corto a la batería, conexión eléctrica defectuosa, relé (cerrado) defectuoso.

* La tensión normal de funcionamiento del BICS es menor que la tensión del sistema eléctrico.

6902600

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

El Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™) debe desactivar las funciones de elevación, inclinación y tracción. Si no es así, póngase en contacto con su distribuidor para repararlo. NO MODIFIQUE EL SISTEMA.

El Sistema BICS™ requiere que el operador esté sentado en su asiento con la barra de seguridad bajada y el motor ENCENDIDO antes de utilizar la cargadora.

TABLERO DEL SISTEMA BICS™

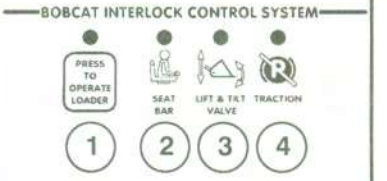
Las cuatro luces del Sistema BICS deben estar ENCENDIDAS para utilizar todas las funciones de la cargadora.

1. ENCENDIDA cuando el operador pulsa el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora). (Sólo funciona cuando la barra de seguridad está bajada.)
2. ENCENDIDA cuando la barra de seguridad está bajada.
3. ENCENDIDA cuando el circuito hidráulico de elevación e inclinación se puede usar.
4. ENCENDIDA cuando la cargadora puede desplazarse hacia adelante y hacia atrás.

NOTA: Pulse otra vez el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) (1) si la barra de seguridad está subida o bajada, o si la llave está en posición OFF *(tablero estándar)* o el botón STOP está pulsado *(tablero Deluxe)*.

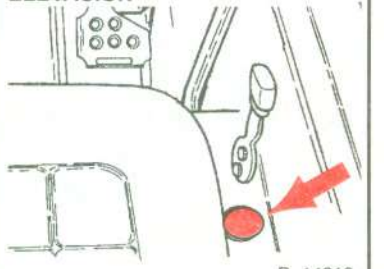
(Modelos con Sistema de control avanzado ACS o joystick seleccionable SJC) - Si el conmutador está activado para cambiar pedales / mandos manuales o modalidad de control H / ISO, pulse de nuevo el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) (1).

TABLERO DEL SISTEMA BICS™



B-15551

MANDO DE DERIVACIÓN DEL BLOQUEO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN



B-14210

MANDO DE DERIVACIÓN DEL BLOQUEO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN

Utilice el mando de derivación del bloqueo de los brazos de elevación para bajar los brazos de elevación cuando no sea posible hacerlo durante el funcionamiento normal. Gire 1/4 de vuelta en el sentido de las agujas del reloj y tire del mando hacia arriba. Los brazos de elevación bajarán lentamente.

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Antes de abandonar el asiento del operador, baje los brazos de elevación, pare el motor y ponga el freno de estacionamiento. Levante la barra de seguridad y mueva los pedales (si están instalados) hasta que ambos queden bloqueados.

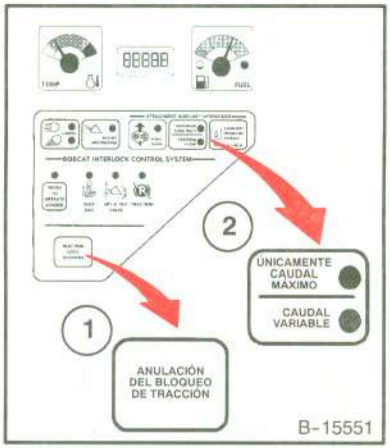
SISTEMA BOBCAT DE BLOQUEO INTERFUNCIONAL (BICS™) (CONT.)

ANULACIÓN DEL BLOQUEO DE TRACCIÓN

(Funciona sólo cuando la barra de seguridad está subida)
Pulse el botón TRACTION LOCK OVERRIDE (anulación del bloqueo de tracción) (1) para utilizar las palancas de dirección para mover la cargadora cuando utilice la retroexcavadora o necesite reparar la cargadora.

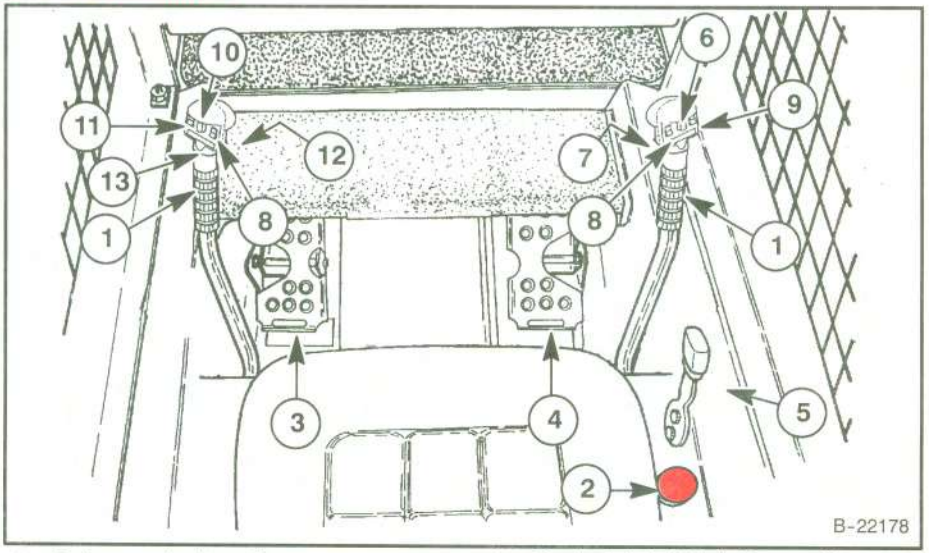
SISTEMA DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR

Cuando el operador está sentado y levanta la barra de seguridad, el sistema de la hidráulica auxiliar se desactiva. Pulse el botón CAUDAL MÁXIMO / CAUDAL VARIABLE (2) para volver a seleccionar la modalidad de funcionamiento.



CONOZCA TODOS LOS MANDOS

MANDOS ESTÁNDAR



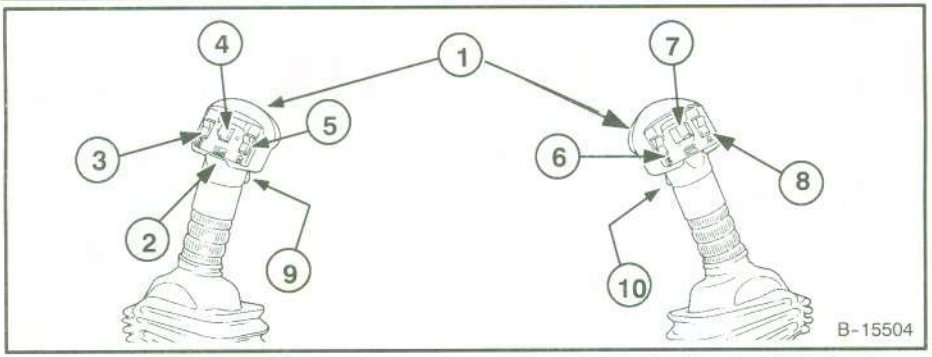
1. Palancas de dirección
2. Mando de derivación del bloqueo de los brazos de elevación
3. Pedal de los brazos de elevación (con posición flotante)
4. Pedal de inclinación
5. Mando de régimen del motor
6. Control de la hidráulica auxiliar para los implementos delanteros (opcional)
7. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar
8. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento (opcional)
9. Control de dos velocidades (opcional)
10. Control de la hidráulica auxiliar para los implementos traseros (opcional)
11. Luz de giro (opcional)
12. Bocina (opcional)
13. Botón de control de posición flotante

6902600

CONOZCA TODOS LOS MANDOS (CONT.)

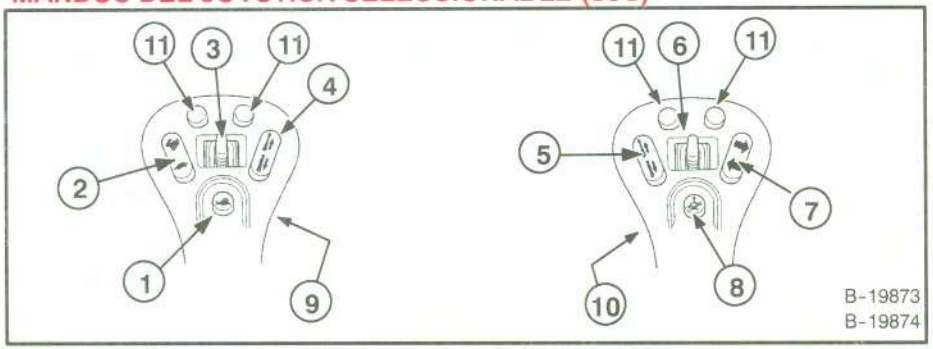
MANDOS MANUALES DEL SISTEMA DE CONTROL AVANZADO (ACS)

NOTA: El pedal, el mando de régimen del motor y los mandos de derivación del bloqueo de los brazos de elevación se encuentran en el mismo lugar que los de la cargadora ESTÁNDAR.



1. Palancas de dirección
2. Botón de control de posición flotante
3. Luces de giro
4. Hidráulica auxiliar trasera
5. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
6. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
7. Hidráulica auxiliar delantera
8. Control de dos velocidades
9. Bocina
10. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar

MANDOS DEL JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC)



1. Mando de marcha súper lenta
2. Control de dos velocidades
3. Hidráulica auxiliar trasera
4. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
5. Control de la hidráulica auxiliar para la válvula del implemento
6. Hidráulica auxiliar delantera
7. Luces de giro
8. Botón de control de posición flotante
9. Bocina
10. Control de flujo continuo para la hidráulica auxiliar
11. No utilizado

⚠ ADVERTENCIA

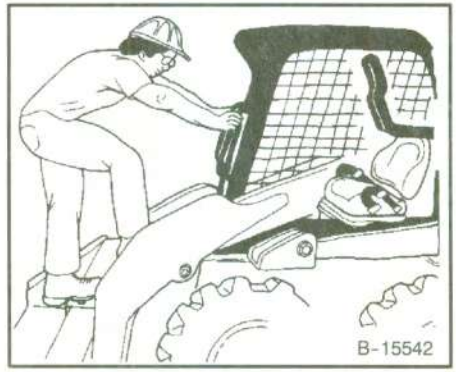
Utilice la cabina del operador, una estructura protectora contra el vuelco (ROPS) y la caída de objetos (FOPS) diseñada para cada cargadora. Las modificaciones de la cabina no aprobadas por Bobcat pueden reducir la protección del operador, con el riesgo consiguiente de accidentes graves o mortales. Abróchese siempre el cinturón de seguridad y baje la barra de seguridad al utilizar la máquina.

INSPECCIONE LA CARGADORA BOBCAT TODOS LOS DÍAS

1. Compruebe el estado del cinturón de seguridad y sustitúyalo si estuviera dañado.
2. Compruebe la cabina del operador (ROPS y FOPS) y sus sujeciones.
3. Compruebe la barra de seguridad y los enclavamientos. Cuando la barra está levantada, ambos pedales (si están instalados) debe estar bloqueados.
4. Compruebe el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™).
5. Repare las piezas rotas o sueltas.
6. Limpie el motor de cualquier material inflamable.
7. Limpie el área de los pedales/reposapiés.
8. Compruebe el nivel de aceite del motor.
9. Compruebe el nivel de fluido hidráulico.
10. Compruebe el estado y la presión de los neumáticos.
11. Controle el nivel de carburante, el nivel de refrigerante y el estado del depurador de aire en el tablero de instrumentos.

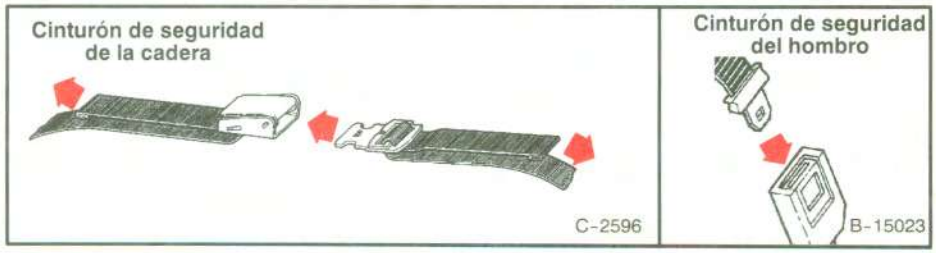
Lea la pegatina del Programa de mantenimiento que se encuentra en el compartimento del motor para conocer las instrucciones de mantenimiento. Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea obtener los procedimientos de mantenimiento.

ANTES DE UTILIZAR LA CARGADORA BOBCAT



1. Use los peldaños, las huellas antideslizantes y las agarraderas cuando entre a la cargadora.

2. Ajuste el asiento de manera que pueda llegar fácilmente a los mandos.



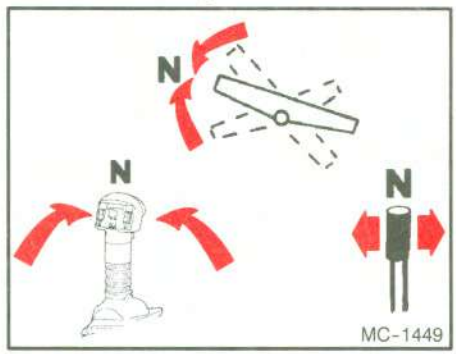
3. Abróchese el cinturón de seguridad. Ajústelo correctamente alrededor de la parte inferior de la cadera.


Uso de la traba de la correa del hombro (si está instalada) B-15691

3a. Abroche la correa del hombro a la de la cadera. Tire de la correa de la cadera hacia la izquierda y abróchese el cinturón de seguridad.

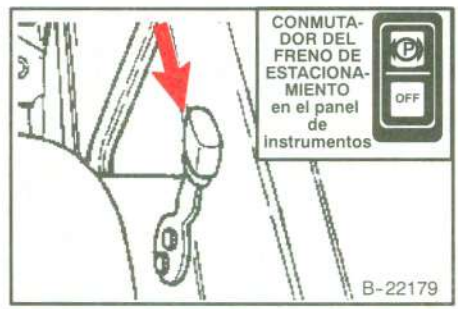

B-15692

4. Baje la barra de seguridad antes de utilizar la cargadora. Mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés.



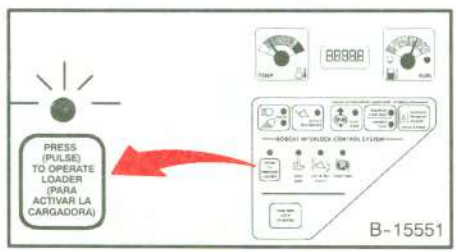
MC-1449

5. Ponga las palancas de dirección, los pedales y los mandos manuales o joysticks en punto muerto (N).



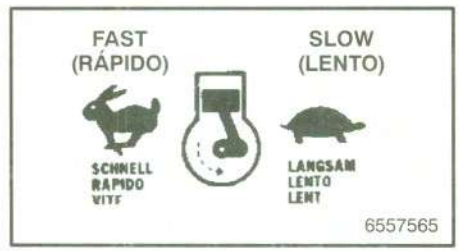
B-22179

6. Debe estar activado el freno antes de arrancar el motor.
7. Arranque el motor con el mando de régimen del motor en ralentí.
8. Seleccione los pedales o mandos manuales O seleccione la modalidad de control 'H' o 'ISO' (Si están disponibles).



B-15551

9. Pulse el botón PRESS TO OPERATE LOADER (pulsar para activar la cargadora) del tablero de instrumentos izquierdo.



6557565

10. Mueva la palanca del estrangulador hacia adelante para obtener un régimen del motor alto.

6902600

COLOCACIÓN DEL IMPLEMENTO

ADVERTENCIA

Las cuñas del Bob-Tach han de pasar a través de los agujeros del implemento. Las palancas deben quedar totalmente bajadas y bloqueadas. No asegurar convenientemente las cuñas puede hacer que el implemento se desmonte y provoque un accidente grave o mortal.

W-2102-0588

Bob-Tach mecánico: Empuje hacia abajo las palancas del Bob-Tach hasta que queden totalmente bajadas y en posición de bloqueo. Compruebe que las cuñas estén totalmente extendidas.

Bob-Tach hidráulico: Pulse el botón Bob-Tach wedges DOWN (cuñas ABAJO) (1) hasta que las palancas estén totalmente bajadas y en la posición de bloqueo. Compruebe que las cuñas estén totalmente extendidas.



DESCARGA DE LA PRESIÓN HIDRÁULICA PARA CONECTAR LOS ACOPLADORES RÁPIDOS DEL CIRCUITO HIDRÁULICO

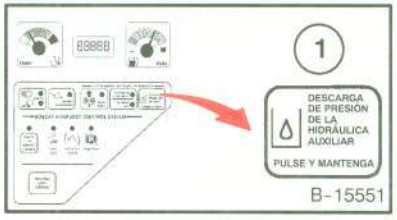
CARGADORA:

- *Hidráulica auxiliar delantera:* La presión se descarga automáticamente cuando se activan los acopladores rápidos.

  Hidráulica auxiliar trasera: Pulse el botón DESCARGA DE PRESIÓN DE LA HIDRÁULICA AUXILIAR (1). Manténgalo pulsado durante dos segundos. El motor se parará y se descargará la presión hidráulica.

IMPLEMENTO:

- Siga el procedimiento anterior para descargar la presión de la cargadora.
- Conecte el acoplador macho del implemento al acoplador hembra de la cargadora y luego repita el procedimiento anterior. Esto descargará la presión hidráulica del implemento.



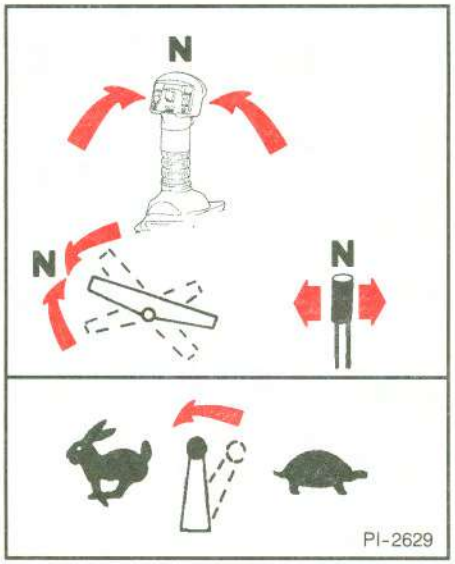
La presión hidráulica del sistema de la hidráulica auxiliar puede dificultar la conexión de los acopladores rápidos a un implemento.

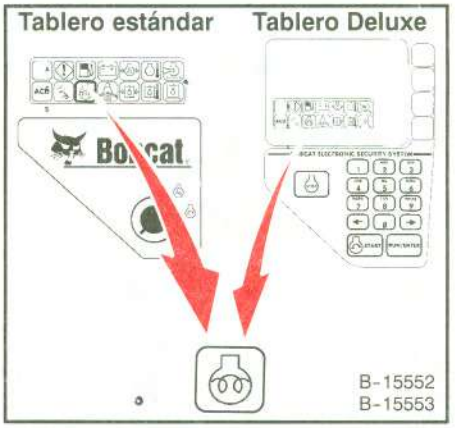
ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Nunca lleve pasajeros. Mantenga a las personas alejadas del área de trabajo.

ARRANQUE DE LA CARGADORA BOBCAT





1. Ponga los pedales y palancas de dirección, los mandos manuales o joysticks en punto muerto (N). Coloque el control de velocidad del motor en la posición de velocidad 1/2.

2. *(Tablero estándar)* - Gire la llave a la posición RUN.

   (Tablero Deluxe) - Pulse el botón RUN / ENTER.

3. Si se enciende el símbolo de las bujías incandescentes, espere a que se apague (OFF).

4. *(Tablero estándar)* - Gire la llave hasta la posición START (ARRANQUE) y suéltela cuando arranque el motor.

   (Tablero Deluxe) - Pulse el botón START (ARRANQUE) y suéltelo cuando arranque el motor.

5. Desplace el mando de régimen del motor hacia atrás para reducir la velocidad del motor.

6. En climas fríos, deje que el motor caliente durante 5 minutos; luego, suelte el freno de estacionamiento antes de utilizar la cargadora.

7. Pulse el botón PRESS TO OPERATE LOADER (PULSAR PARA ACTIVAR LA CARGADORA) del tablero de instrumentos izquierdo.

NOTA: Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea obtener una descripción más detallada y los CÓDIGOS DE MANTENIMIENTO. La necesidad y el tiempo de precalentamiento se controlan automáticamente.

ARRANQUE DE LA CARGADORA BOBCAT (CONT.)

NOTA: No mueva las palancas o joysticks de la posición de punto muerto cuando accione la a las posiciones RUN o START.

Si desplaza los mandos:

A. Puede que no se haya calibrado correctamente la posición de punto muerto del carrete del distribuidor hidráulico y del mando manual. Esto puede tener como consecuencia que el cilindro hidráulico de elevación o el de inclinación se mueva ligeramente cuando la palanca del mando manual vuelva a la posición de punto muerto tras el arranque.

O

B. La luz indicadora del Sistema de control avanzado (ACS) del tablero de instrumentos derecho se ENCENDERÁ.

Si se presenta este caso, vuelva a situar la llave en la posición de STOP. Ponga los mandos en la posición de punto muerto y vuelva a arrancar el motor.

NOTA: Si estando el freno de estacionamiento suelto o el botón Traction Lock Override (anulación del bloqueo de tracción) pulsado, la cargadora no se mueve, desplace los mandos de dirección hacia adelante o hacia atrás ligeramente para desbloquear el mecanismo de tracción.

CONTROL DE DOS VELOCIDADES (si está instalado)

Seleccione el control de dos velocidades en la gama alta pulsando la parte superior del conmutador derecho (1) de la palanca de dirección derecha o en el conmutador izquierdo del joystick izquierdo (Joystick seleccionable - SJC). Desactívelo pulsando la parte inferior del interruptor.

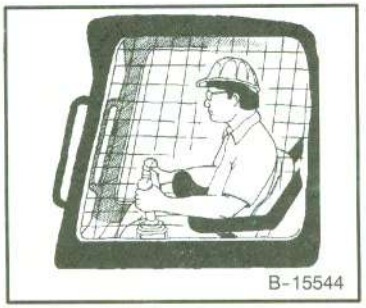
ADVERTENCIA

Golpear obstáculos a altas velocidades podría causar accidentes graves o mortales.

Abróchese siempre la correa del hombro para reforzar su seguridad durante el desplazamiento a alta velocidad.

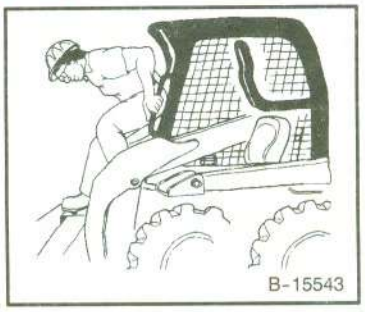


SALIDA DE LA CARGADORA BOBCAT


B-15544


B-3836

B-15023


B-15543

1. Antes de abandonar el asiento del operador, baje los brazos de elevación y sitúe el implemento totalmente sobre el suelo. Pare el motor, pongá el freno de estacionamiento y quite la llave.
2. *(Correa de la cadera)* Tire hacia arriba de la parte externa de la hebilla para desabrochar el cinturón.

   (Cinturón de seguridad con traba para la correa del hombro) Presione el botón rojo de la mitad izquierda de la hebilla para desabrochar el cinturón de seguridad.
3. Levante la barra de seguridad.

   (Pedales) Mueva los pedales hasta que ambos queden bloqueados.

   (ACS & SJC) Coloque los mandos hidráulicos en punto muerto para asegurarse de que las funciones de elevación e inclinación están desactivadas.
4. Use las agarraderas, las huellas antideslizantes y los peldaños al abandonar la cargadora. NO SALTE.

MANEJO Y DIRECCIÓN DE LA CARGADORA

MANDOS ESTÁNDAR y SISTEMA DE CONTROL AVANZADO (ACS) (Pedales y Palancas de dirección) *Y* JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC) MODALIDAD DE CONTROL 'H' (Joysticks izquierdo y derecho)



JOYSTICK SELECCIONABLE (SJC) MODALIDAD DE CONTROL 'ISO' (Joystick izquierdo)



Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento si desea más instrucciones.

6902600

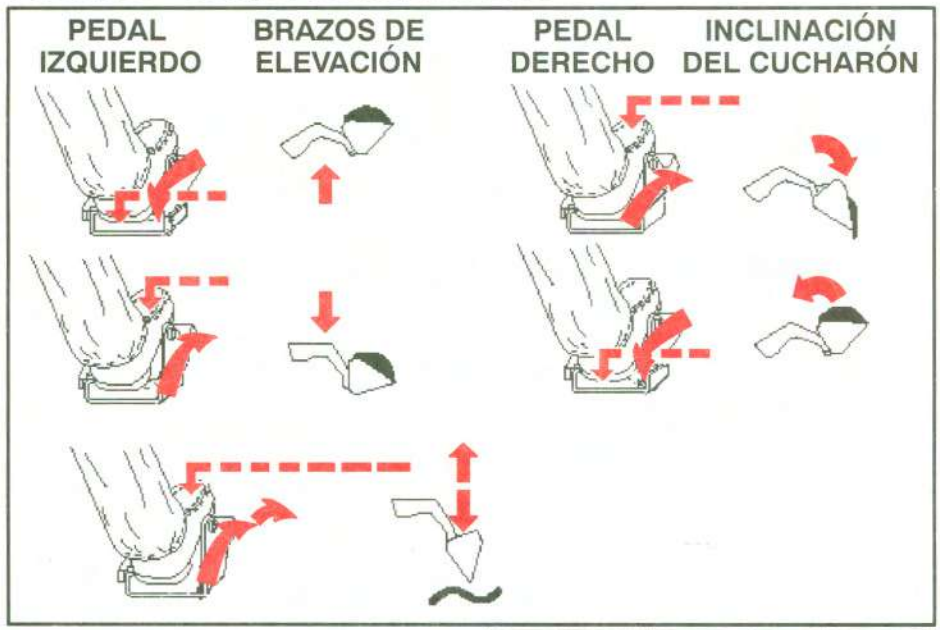
FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO

ADVERTENCIA

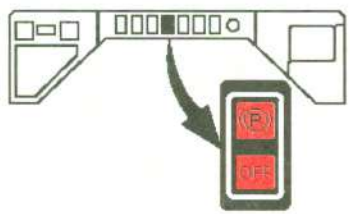
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

PEDALES - Incluye las máquinas ACS



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



ADVERTENCIA

No use la cargadora en una atmósfera con polvo o gas explosivo, ● cuando los gases de escape puedan entrar en contacto con material inflamable. Puede provocar explosiones o incendi●s.

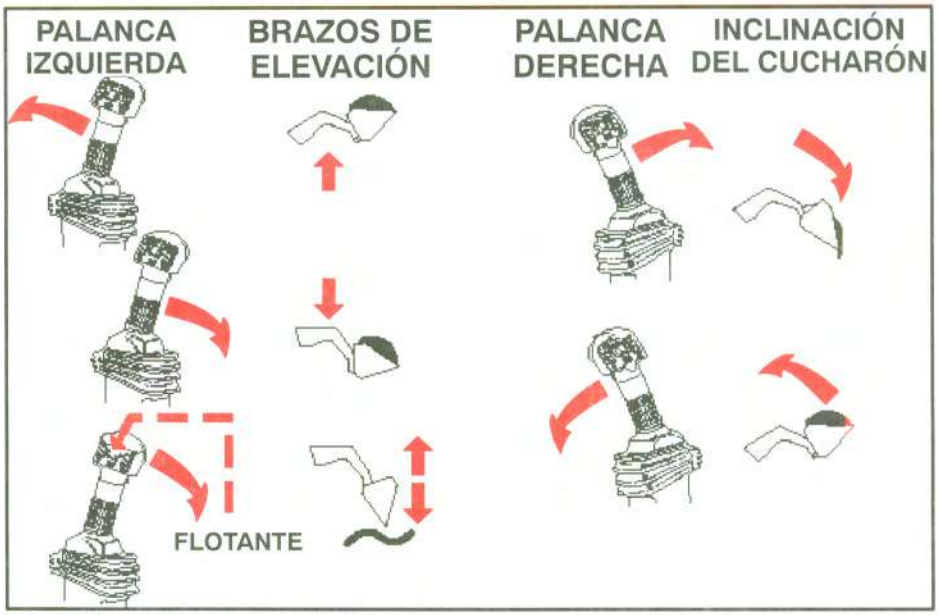
FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO (CONT.)

ADVERTENCIA

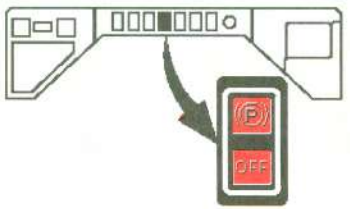
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

MANDO MANUAL - Incluye las máquinas ACS



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



ADVERTENCIA

No use la cargadora en una atmósfera con polvo o gas explosivo, o cuando los gases de escape puedan entrar en contacto con material inflamable. Puede provocar explosiones o incendios.

FUNCIONAMIENTO DE LOS BRAZOS DE ELEVACIÓN, EL CUCHARÓN Y EL FRENO (CONT.)

ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES
Al utilizar la cargadora, abróchese siempre el cinturón de seguridad correctamente, baje la barra de seguridad y mantenga los pies sobre los pedales o reposapiés, y las manos en las palancas de dirección. Lleve siempre el cucharón o el implemento lo más bajo posible.

JOYSTICK - SELECCIONABLE (MODALIDAD 'ISO' O 'H')

MODALIDAD DE CONTROL 'ISO'

JOYSTICK IZQUIERDO - 'ISO'



Se utiliza para las funciones de los mandos de dirección (Véase página 17).

JOYSTICK DERECHO - 'ISO'



MODALIDAD DE CONTROL 'H'

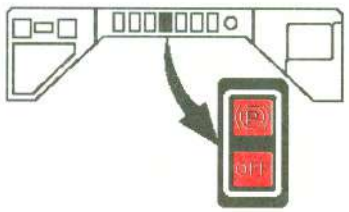
JOYSTICK IZQUIERDO - 'H'



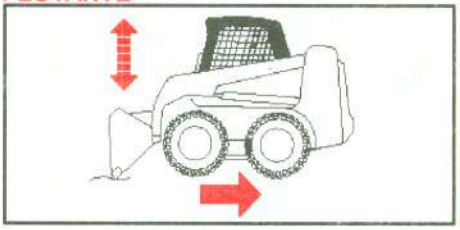
JOYSTICK DERECHO - 'H'



FRENO DE ESTACIONAMIENTO



"BLOQUEO" DE LA POSICIÓN FLOTANTE



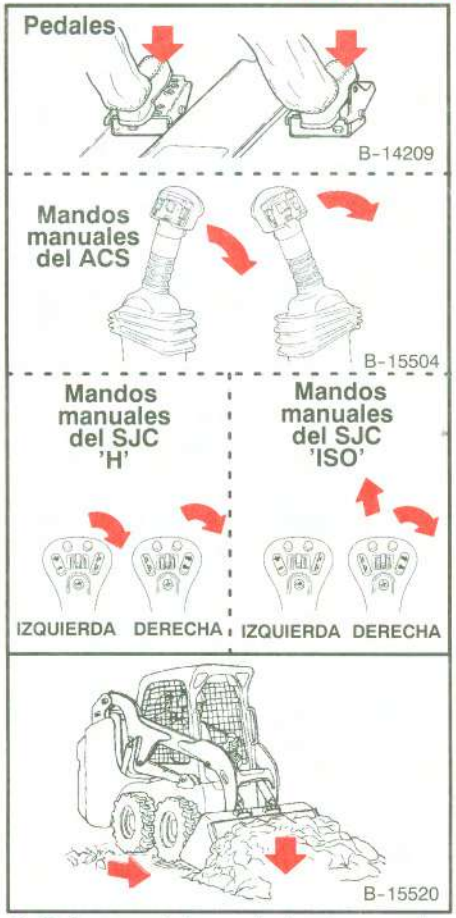
Pulse el botón del "flotante" amarillo del joystick derecho a la vez que hace descender los brazos de elevación para activar FLOAT (posición flotante). Suba ligeramente los brazos de elevación para desactivarlo.

⚠ ADVERTENCIA

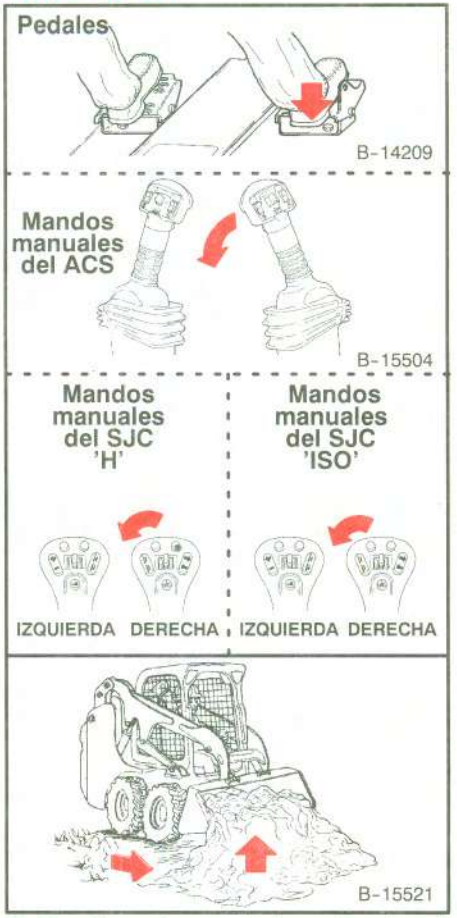
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- No sobrepase la capacidad nominal estipulada de la cargadora.
- No use implementos no aprobados por Bobcat Company.
- Cargue, descargue y gire únicamente sobre terreno llano.

LLENADO DEL CUCHARÓN



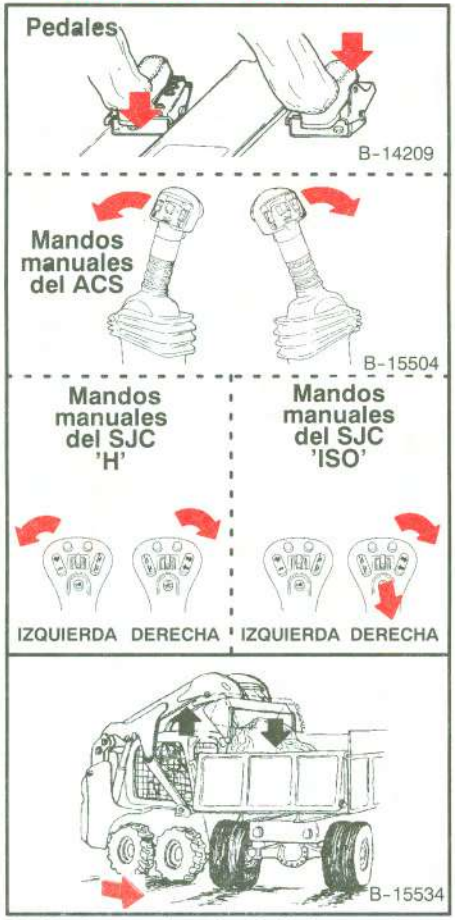
1. Baje completamente los brazos de elevación e incline el cucharón hacia adelante hasta que entre en contacto con el suelo.



2. Desplace la cargadora hacia el material e incline el cucharón hacia atrás. Retroceda alejándose del material cuando el cucharón esté lleno.

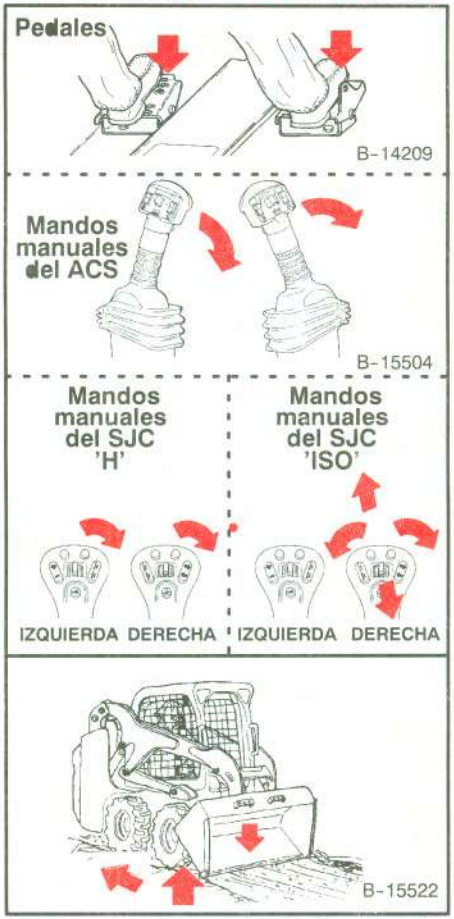
6902600

VACIADO DEL CUCHARÓN



1. Mantenga el cucharón bajo cuando se desplace hacia el área donde desea vaciar el cucharón.
2. Incline el cucharón hacia atrás para levantar la cuchilla de ataque.
3. Desplace la cargadora lentamente hasta el área de descarga.
4. Durante el movimiento ascendente de los brazos de elevación, incline el cucharón hacia adelante para mantenerlo nivelado. (Modelos sin autonivelación del cucharón.)
5. Incline el cucharón completamente hacia adelante para vaciarlo.

ALLANADO CON EL CUCHARÓN

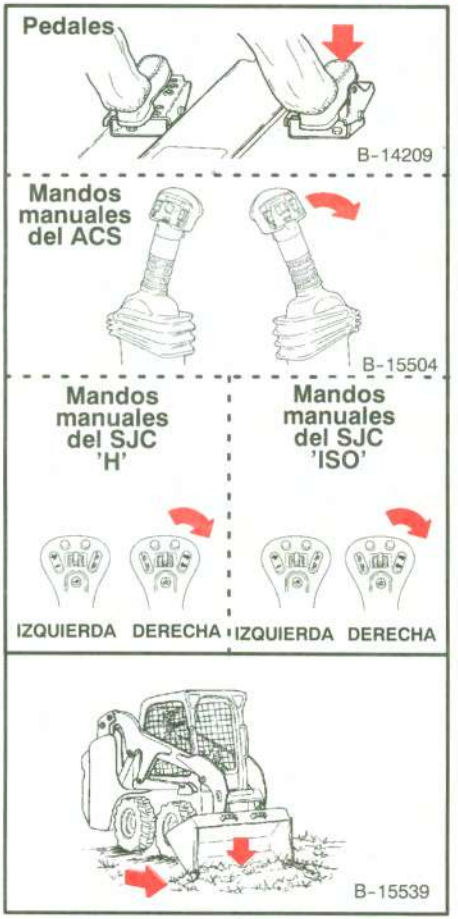


1. Pulse y mantenga pulsado el botón de la posición flotante.
2. Baje los brazos de elevación y suelte el botón de la posición flotante.

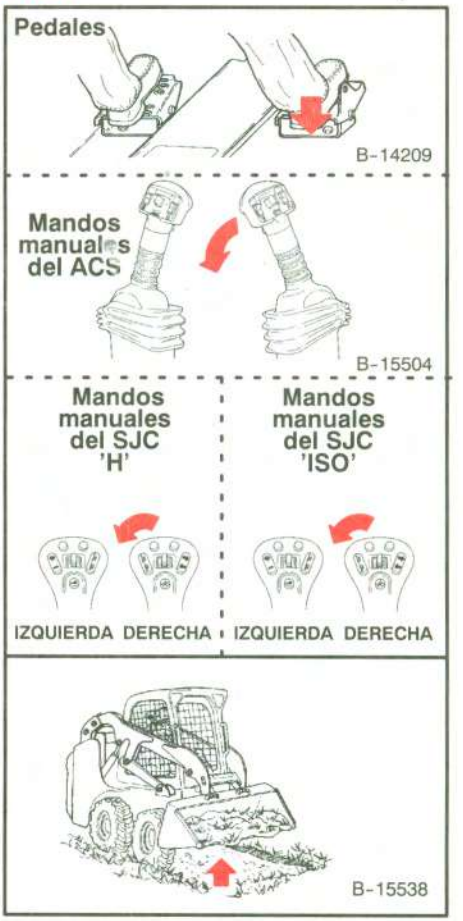
   El cucharón se moverá en la dirección del terreno a medida que la cargadora se desplaza hacia atrás para allanar el terreno.

6902600

EXCAVACIÓN



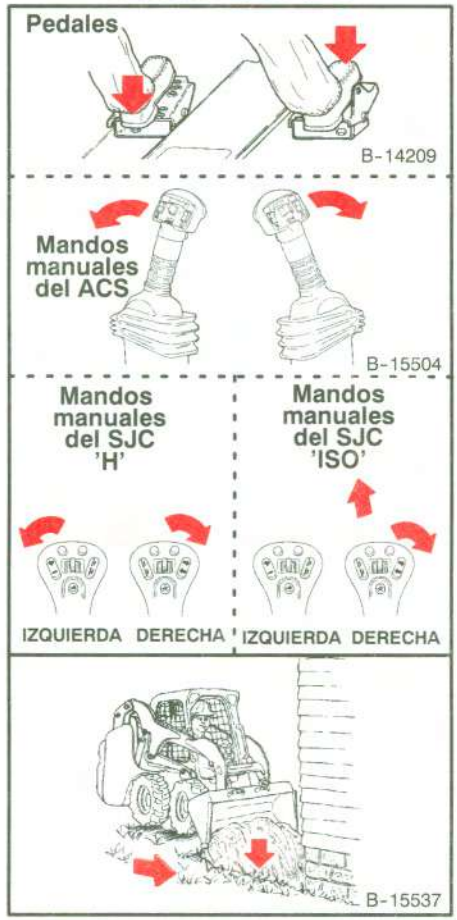
1. Incline el cucharón hacia adelante hasta que entre en contacto con el suelo.



2. Avance lentamente mientras inclina el cucharón hacia adelante para que penetre en el suelo. Incline ligeramente el cucharón hacia atrás mientras se llena de material.

3. Cuando el cucharón esté lleno, incline el cucharón completamente hacia atrás.

TERRAPLENADO



1. Adelante la cargadora hasta el hoyo con el cucharón lo más bajo posible.
2. Levante los brazos de elevación e incline el cucharón hacia adelante.

SUBIR Y BAJAR PENDIENTES

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- Mantenga el extremo pesado de la cargadora hacia la parte superior de la cuesta.
- Suba o baje por una pendiente o inclinación directamente.
- No se desplace a través de las pendientes.

Con el cucharón lleno



Subir pendientes B-15519



Bajar pendientes B-15548

Con el cucharón vacío



Subir pendientes B-15517



Bajar pendientes B-15540

⚠ ADVERTENCIA

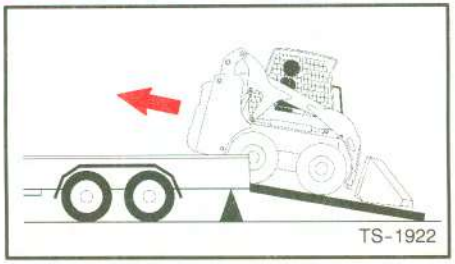
EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

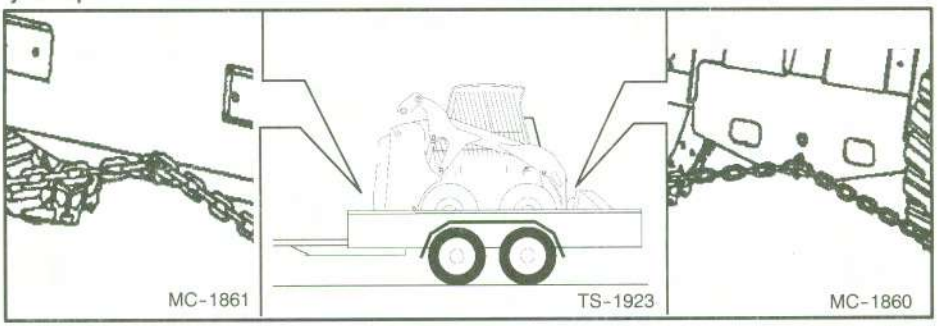
- Mantenga los brazos de elevación lo más bajo posible.
- No se desplace ni gire con los brazos de elevación levantados. Mire hacia la dirección de desplazamiento.
- No abandone la cargadora con el motor en funcionamiento, los brazos de elevación levantados o sin el freno de estacionamiento.

TRANSPORTE DE LA CARGADORA

Cuando la cargadora tiene el cucharón vacío o no tiene ningún implemento montado, súbala siempre marcha atrás al vehículo de transporte.

Baje el cucharón o el implemento al suelo. Pare el motor. Ponga el freno de estacionamiento. Coloque cadenas en la parte delantera y trasera de la cargadora para sujetarla al vehículo de transporte. Asegúrese de que los vehículos de transporte y de remolque tengan el tamaño y la capacidad adecuados.


TS-1922


MC-1861 TS-1923 MC-1860

INSTRUCCIONES DE MANTENIMIENTO

Debe usar un seguro de los brazos de elevación aprobado cuando los brazos de elevación estén levantados para su reparación.

Consulte las instrucciones que se encuentran en la cargadora o lea el Manual de Utilización y Mantenimiento para enganchar y desenganchar el seguro de los brazos de elevación. Sustitúyalo si estuviese dañado.



MC-1254

Consulte el Manual de Utilización y Mantenimiento o el Manual de Mantenimiento si desea instrucciones sobre cómo:

(1) Levantar y bajar la cabina.

(2) Elevar con bloques la cargadora.


SOPORTE MECÁNICO MC-1254


Bobcat®

⚠ ADVERTENCIA

EVITE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES

- Pare el motor y déjelo enfriar antes de añadir carburante. ¡NO FUME!
- Desconectar o aflojar cualquier latiguillo, tubo, racor o componente hidráulico, así como el fallo accidental de éstos, puede producir la caída de los brazos de elevación. No se sitúe debajo de los brazos de elevación cuando se encuentren levantados si no cuenta con un seguro aprobado. Sustitúyalo si estuviese dañado.
- Nunca se sitúe debajo de los brazos de elevación o del cilindro de elevación, ni intente llegar hasta ellos, si no cuenta con un seguro de los brazos de elevación aprobado instalado. Sustitúyalo si estuviese dañado.
- Revise el sistema de la barra de seguridad si las funciones de elevación e inclinación no se desactivan y/o los pedales (si están instalados) no se traban cuando la barra de seguridad está subida.
- Póngase en contacto con su distribuidor si el Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS™) no desactiva las funciones de elevación, inclinación y tracción.
- No levante ni baje la cabina del operador (ROPS) sin las instrucciones del Manual de Utilización y Mantenimiento o el Manual de Mantenimiento. Coloque soportes mecánicos o bloques bajo los ángulos traseros de la cargadora.
- Nunca use éter ni líquidos de ayuda para arrancar un motor diésel que cuenta con bujías incandescentes. Use sólo elementos de arranque aprobados por el fabricante del motor.
- Mantenga el portón trasero cerrado (excepto durante las reparaciones).
- Mantenga el área del motor limpia de materiales inflamables.
- No use ropa suelta, el cabello largo y sin recoger ni joyas cerca de la máquina.
- Use gafas cuando haga las reparaciones y un casco u otro equipo de protección, si fuese necesario.
- Cuando conecte la batería auxiliar para *el arranque asistido*, conecte siempre el cable negativo al motor en último lugar, nunca a la batería. Al quitar los cables del *arranque asistido*, siempre quite primero el cable negativo (-) del motor. Nunca cargue una batería congelada ni efectúe el *arranque asistido* con una batería en ese estado.
- Las baterías de plomo y ácido producen gases inflamables y explosivos. Mantenga los arcos eléctricos, chispas, llamas y cigarrillos encendidos alejados de la batería.
- El ácido de la batería produce quemaduras graves. En caso de contacto con ácido, lávese inmediatamente con agua durante varios minutos y busque inmediatamente un médico en caso de contacto con los ojos.
- Utilice un trozo de cartón para localizar las fugas. Las fugas de líquidos a presión pueden penetrar la piel y provocar lesiones graves. Si el fluido penetra en la piel o en los ojos, busque inmediatamente un médico familiarizado con este tipo de lesiones.

Este Prontuario está disponible en inglés y en varios otros idiomas a través de su distribuidor. Consulte a su distribuidor si desea información sobre las versiones traducidas.

Bobcat®

S185

Cargadoras compactas



S185

Especificaciones técnicas

Especificaciones de la máquina

Carga nominal	924 kg
Carga de vuelco	1849 kg
Capacidad de la bomba	100 l/min
Alivio del sistema en los acopladores rápidos	22,4–23,1 MPa
Velocidad de desplazamiento máxima (primera velocidad)	0 – 11,8 km/h
Velocidad de desplazamiento máxima (opción de segunda velocidad)	0 – 17,9 km/h

Motor

Marca/Modelo	Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2
Carburante / Refrigerante	Diésel / Agua
Potencia	43,3 kW
Par a 1425 RPM (SAE JI 995 bruto)	200,7 Nm
Número de cilindros	4
Cilindrada	2600 cm^3
Capacidad del depósito de carburante	90,8 l

Pesos

Peso operativo	2821 kg

Mandos

Dirección del vehículo	Dirección y velocidad controlados mediante dos palancas manuales
Sistema hidráulico de elevación e inclinación de la cargadora	Pedales o Sistema de mando de alta tecnología (ACS) independientes
Auxiliar delantero (estándar)	Interruptor eléctrico en la palanca manual derecha

Sistema de transmisión

Transmisión	Bombas de pistones hidrostáticos en tándem infinitamente variables que accionan dos motores hidrostáticos completamente reversibles

Equipamiento de serie

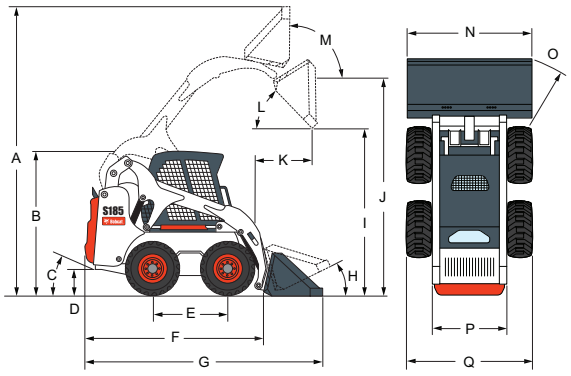
Asiento ajustable con suspensión con respaldo largo	Parada del sistema hidráulico/motor
Bujías incandescentes de activación automática	Autonivelación del cucharón
Sistema hidráulico de alto caudal	Instrumentación
Módulo de control eléctrico de los implementos	Seguro de los brazos de elevación
Módulo de control de implementos de 7 clavijas	Luces de trabajo delanteras y traseras
Bob-Tach™ , bastidor	Freno de estacionamiento
Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS)	Cinturón de seguridad
Cabina del operador Deluxe	Barra de seguridad
Incluye un revestimiento de espuma, ventanas laterales, superior y trasera	Escape apagachispas
Circuito hidráulico delantero proporcional controlado eléctricamente	10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty
	Certificación CE

* Estructura protectora contra el vuelco (ROPS) – conforme a los requerimientos de la SAE-J1040 e ISO 3471, y estructura protectora contra la caída de objetos (FOPS) conforme a los requerimientos de la SAE-J1043 e ISO 3449, Nivel I

Opciones

Tablero de instrumentos Deluxe	10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty con Poly Fill
Hidráulico, Bob-Tach™	Acondicionador de aire
Cabina cerrada con calefacción	Sistema de control avanzado (ACS)
31 x 12-16,5 - 10–lonas, Superflotación	Mandos manuales de alta tecnología (AHC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty, llantas descentradas	Controles de joysticks seleccionables (SJC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty	Dos velocidades

Dimensiones



(A)	3862 mm	(J)	3002 mm
(B)	1938 mm	(K)	753 mm
(C)	23°	(L)	42°
(D)	191 mm	(M)	95°
(E)	1030 mm	(N)	1727 mm
(F)	2588 mm	(O)	2001 mm
(G)	3309 mm	(P)	1385 mm
(H)	25°	(Q)	1676 mm
(I)	2310 mm		

Implementos

Hoja dózer orientable
Barredora orientable*†
Ahoyador
Retroexcavadora
Hoja niveladora
Desbrozadora de cuchillas
Cucharones
Trituradora de residuos vegetales*
Cucharón 4 x 1
Bomba de hormigón*
Cizalla hidráulica*
Hoja transplantadora
Hoja dózer*
Dúmper
Grapa agrícola
Niveladora hidráulica*
Martillo hidráulico**
Grapa industrial
Explanadora
Rastrillo hidráulico
Cuchara hormigonera*
Horquilla portapalets – estándar
Horquilla portapalets – hidráulica
Fresadora*
Estabilizadores traseros
Escarificador
Turbina quitanieves*
Desenrollador de césped*
Nivelador rotativo*
Esparcidora
Descepadora*
Superdisco decapador
Barredora con cajón colector
Enganche de 3 puntos
Rotocultivador
Tilt-Tatch™
Orugas, acero
Transplantador de árboles*
Rueda compactadora
Zanjadora
Horquilla universal
Compactador vibrante
Conjunto de aspersores
Disco sierra
Barredora de cerdas

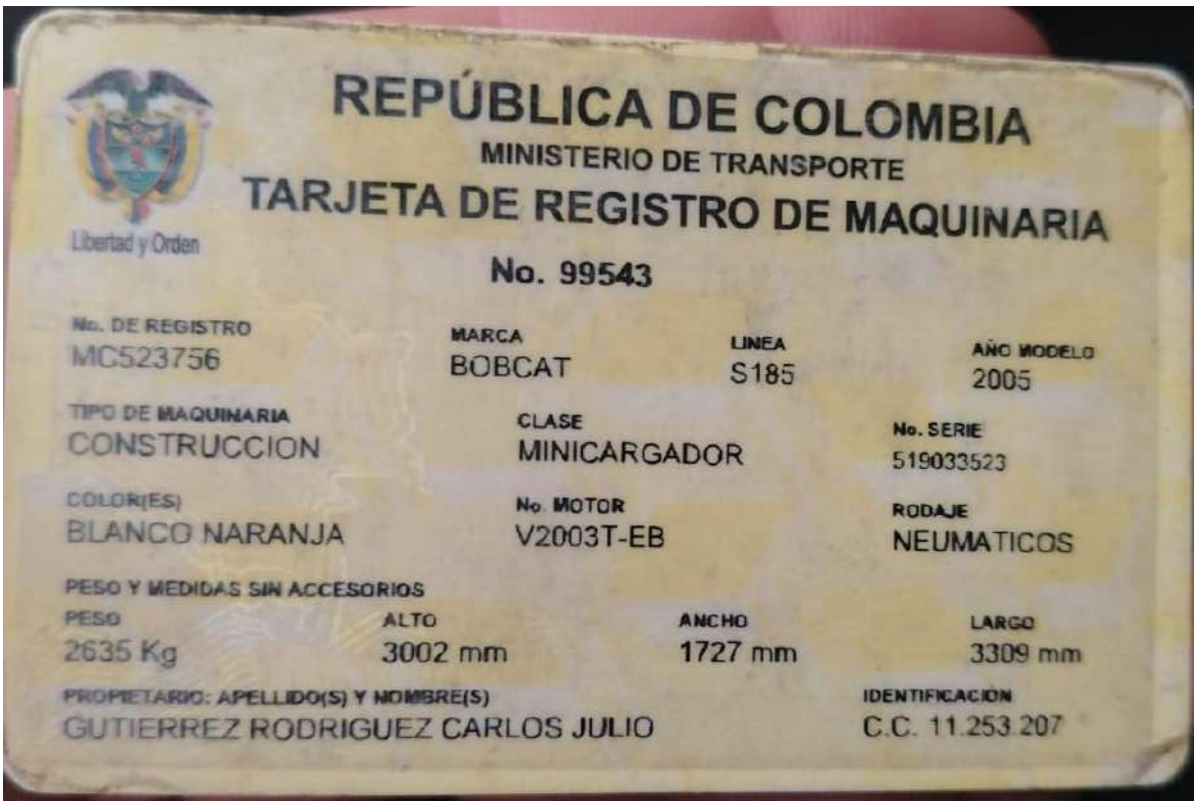
*Necesita módulo de control de implementos.
**El uso de estos implementos en la cargadora requiere el montaje de un conjunto para aplicaciones especiales que consiste en una puerta de cabina de 12 mm y cristales superior y trasero en Lexan de 6 mm.
†Aspersor de agua opcional.

Las especificaciones así como el diseño pueden experimentar cambios sin previo aviso - En las fotografías de unidades Bobcat puede aparecer equipamiento no de serie.

Bobcat®

www.bobcat.eu

©2008 Bobcat EMEA 4471730 ES (03-08)



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 99543

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC523756	BOBCAT	S185	2005

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	519033523

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	V2003T-EB	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2635 Kg	3002 mm	1727 mm	3309 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GUTIERREZ RODRIGUEZ CARLOS JULIO	C.C. 11.253.207



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL DE SOACHA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
15-06-2022	15-06-2022	********

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	062008100235680	24/09/2008

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700001949?

Medellín, 01 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 ALTURAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024504862	BUITRAGO CHITIVA JAIME ARLEY	02/04/2025		234206f1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/04/2025 09:52:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.92.67.140, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.024.504.862
BUITRAGO CHITIVA
APELLIDOS

JAIME ARLEY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

17-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00858049-M-1024504862-20161024 0051963612A 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.024.504.862

BUITRAGO CHITIVA
APELLIDOS

JAIME ARLEY
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

17-JUN-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00658049-M-1024504862-20161024 0051960612A 1 1544141519

Escaneado con CamScanner

HI USME NIT: 901.241.535-0

EL REPRESENTANTE LEGAL

DEL CONSORCIO HI USME

NIT 901.241.535-0

CERTIFICA

Que **JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA**, identificación con la cedula de ciudadania No. 1.024.504.862 laboro en nuestra compañia desde el dia 21 de mayo de 2019, hasta el 11 de julio de 2019, desempeñando el Cargo de **OPERARIO MULTIFUNCIONAL**, con un contrato de trabajo por Duración de la Obra o Labor Terminada y con una Asignación mensual de UN MILLON DOSCIENTOS MIL DE PESOS MCTE ($1.200.000.)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintiseis (26) dias del mes de Agosto de 2019

Atentamente,

JESUS ELQUIN HERNANDEZ ROJAS
Representante Legal

consorciohusme@gmail.com
AK. 24 No. 40-69 Of. 503
La Soledad. Bogotá D.C.

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011925344
9011925344

No. de Radicación: 29119842

Fecha de Radicación: 01 04 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BUITRAGO	Segundo Apellido: CHITIVA	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre: ARLEY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1024504862	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 16 M M: 06 A A A A: 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

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

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

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

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo			Condición							
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES INTEGRALES A TIEMPO	NT	901836623	

39. Ubicación				
CR 73A BIS 75 C 75	31454335	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D: 01 M M: 04 A A A A: 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERARIO DE LINEA DE ACABADO
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cunplimiento en la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

con cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostro su Copetencia Laboral en la Norma

OPERADOR DE MINI CARGADOR Y RETROEXCAVADORA

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D.C, a los (15 dias)del mes de enero de dos mil veinte y dos (2022).

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTA D.C.

SG2022NC00463 15/01/2022
No.Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA 15/01/2025

la autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro eletronico que se encuentra en la pagina web http:// certificadosena.edu.com bajo el numero 9228002701011l4cc14695456C.

Escaneado con CamScanner

libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cunplimiento en la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

con cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostro su Copetencia Laboral en la Norma

OPERADOR DE MINI CARGADOR Y RETROEXCAVADORA

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota D.C, a los (15 dias)del mes de enero de dos mil veinte y dos (2022).

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTA D.C.

SG2022NC00463 15/01/2022
No.Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA 15/01/2025

la autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro eletronico que se encuentra en la pagina web http:// certificadosena.edu.com bajo el numero 9228002701011l4cc14695456C.

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

en cumplimiento de la ley 119 de 1994

Hace constar que

JAIME ARLEY BUITRAGO CHITIVA

Con Cedula de ciudadania No. 1024504862

Quien demostró su Competencia Laboral en la norma

OPERADOR EN MINICARGADOR Y OBRAS CIVILES

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los quince (15) días del mes de Enero de Dos Mil Veintiuno (2021)

NESTOR ALFREDO BARRERA MORA
CENTRO MINERO
REGIONAL BOGOTÁ D.C.

SG2015NC00468 15/01/2021
No. Y FECHA DE REGISTRO

VIGENCIA-15/01/2025

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BUITRAGO CHITIVA JAIME ARLEY** identificado(a) con **CC** número **1.024.504.862** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de octubre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025040109544

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 91164

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC090218	BOBCAT	S185	2011

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	A3L939350

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
BLANCO NARANJA	V2607-AQ0625	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
2900 Kg	1938 mm	1727 mm	3309 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PELAYO MEDINA LINA LIZETH Y OTRO(S).

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1.031.163.091

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
INST DPTAL TTOYTTE META/GUAMAL

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
23-11-2018	15-12-2021	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352010000054942	09/04/2010

VALID 116148 08/17

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM06000007786

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2010**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario **03201000125679 9-6**

P.O 1664 - 10 Cargador.

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 860003437 | 6. DV: 9 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: CENTRAL SAS

13. Dirección: AV AMERICAS 36 11 | 15. Teléfono: 3690500 | 12. Cód. Admón.: 03 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830003079 | 25. DV: 6 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A. NIVEL 1 PUD. DENOM. SIAP | 27. Tipo usuario: 28 | 28. Cod. usuario: 0090

29. Número documento de identificación: 79629128 | 30. Apellidos y nombres: BEJARANO CASTRO HAROLD

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod	34. No Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	13101	No. 0320100000371 38	2010 - 12 - 03	No. 6350-0454-011.011	2010 - 11 - 17

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: BOBCAT COMPANY | 47. Ciudad: GWINNER,ND | 48. Cod País Exportador: 249

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 6 HWY 32N GWINNER NORTH DAKOTA | 50. E-mail: 7016786274

No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ Cdvs
9707007-4	2010 - 10 - 28	249	1	169	11	TRANSPORTES SARVI LTDA	1,920.00

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod Complementario	61. Cod Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Adicional
	8429510000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms	72. Peso neto kgs.	dcms	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms
01	01	249		11,190.00		10,071.00	YY	12	1	U	4.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
89,266.12	8,014.62

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
574.83	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
8,589.45	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
95,855.57	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 5.00	93 184,042,694	94 9,202,000	95 9,202,000	96 0
I.V.A.	97 16.00	98 193,244,694	99 30,919,000	100 30,919,000	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Reexpte	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 40,121,000		126 0

Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de formulario)

DO: 188955; IMPORTACION: 188955; DECLARACIÓN: 1. (Bogronald).MERCANCIA NUEVA NOS ACOGEMOS AL DECRETO 3803/2006.NO REQUIERE REGISTRO DE IMPORTACION.NO REQUIERE REGLAMENTO TECNICO NOS ACOGEMOS ALA RES 481/2009 CAP II ART 3 PARAGRAFO 1. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939351 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G612416 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0612 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939350 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G612393 MOTOR V2607-T MAR(continua al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 03201000125679 9 133. Fecha: 2010 12 10
134. Levante No. 0320100012567994	135. Fecha 2010/12/13	Firma funcionario responsable 136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Banco de Bogotá
135-OE AUTOPISTA EL DORADO-H.A.

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

CAJERO 8
RECIBIDO CON PAGO

980. Pago Total $: 40,121,000

Banco de Bogotá

(415)7707212489953(8020)01165080870176

01429228 4

Fecha de Impresión: 2010-12-10 18:07:55

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : 032010001256799-6
Subpartida : 8429510000

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, señales y otros)

CA KUBOTA S/N:AQ0625 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939349 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G622376 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0592 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO. NC: CARGADOR BOBCAT S185 CON CUCHARON DE 74"; MARCA: BOBCAT; MOD: S185; CANT: 1; AÑO: 2011; S/N:A3L939348 MODEL MFLDOMTG(TG00003)No:G622346 MOTOR V2607-T MARCA KUBOTA S/N:AQ0410 P.O.JAPON.TRANSMISION HIDROSTATICA EN LAS CUATRO RUEDAS Y CUCHARA DE 74"P/N:6731421 CON LLANTA DE REPUESTO PARA USO AGRICOLA P/N:6780106 10X16.5 SV C. NHS,310 KPA; Y RIN DE REPUESTO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

032010001256799-6

Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

Bobcat®

S185

Cargadoras compactas



S185

Especificaciones técnicas

Especificaciones de la máquina

Carga nominal	924 kg
Carga de vuelco	1849 kg
Capacidad de la bomba	100 l/min
Alivio del sistema en los acopladores rápidos	22,4–23,1 MPa
Velocidad de desplazamiento máxima (primera velocidad)	0 – 11,8 km/h
Velocidad de desplazamiento máxima (opción de segunda velocidad)	0 – 17,9 km/h

Motor

Marca/Modelo	Kubota / V2607-DI-TE3B-BC-2
Carburante / Refrigerante	Diésel / Agua
Potencia	43,3 kW
Par a 1425 RPM (SAE JI 995 bruto)	200,7 Nm
Número de cilindros	4
Cilindrada	2600 cm^3
Capacidad del depósito de carburante	90,8 l

Pesos

Peso operativo	2821 kg

Mandos

Dirección del vehículo	Dirección y velocidad controlados mediante dos palancas manuales
Sistema hidráulico de elevación e inclinación de la cargadora	Pedales o Sistema de mando de alta tecnología (ACS) independientes
Auxiliar delantero (estándar)	Interruptor eléctrico en la palanca manual derecha

Sistema de transmisión

Transmisión	Bombas de pistones hidrostáticos en tándem infinitamente variables que accionan dos motores hidrostáticos completamente reversibles

Equipamiento de serie

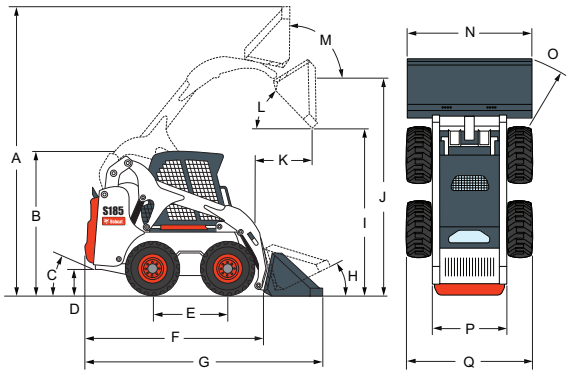
Asiento ajustable con suspensión con respaldo largo	Parada del sistema hidráulico/motor
Bujías incandescentes de activación automática	Autonivelación del cucharón
Sistema hidráulico de alto caudal	Instrumentación
Módulo de control eléctrico de los implementos	Seguro de los brazos de elevación
Módulo de control de implementos de 7 clavijas	Luces de trabajo delanteras y traseras
Bob-Tach™ , bastidor	Freno de estacionamiento
Sistema Bobcat de bloqueo interfuncional (BICS)	Cinturón de seguridad
Cabina del operador Deluxe	Barra de seguridad
Incluye un revestimiento de espuma, ventanas laterales, superior y trasera	Escape apagachispas
Circuito hidráulico delantero proporcional controlado eléctricamente	10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty
	Certificación CE

* Estructura protectora contra el vuelco (ROPS) – conforme a los requerimientos de la SAE-J1040 e ISO 3471, y estructura protectora contra la caída de objetos (FOPS) conforme a los requerimientos de la SAE-J1043 e ISO 3449, Nivel I

Opciones

Tablero de instrumentos Deluxe	10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty con Poly Fill
Hidráulico, Bob-Tach™	Acondicionador de aire
Cabina cerrada con calefacción	Sistema de control avanzado (ACS)
31 x 12-16,5 - 10–lonas, Superflotación	Mandos manuales de alta tecnología (AHC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Heavy duty, llantas descentradas	Controles de joysticks seleccionables (SJC)
10 x 16,5 - 10–lonas, Severe duty	Dos velocidades

Dimensiones



(A)	3862 mm	(J)	3002 mm
(B)	1938 mm	(K)	753 mm
(C)	23°	(L)	42°
(D)	191 mm	(M)	95°
(E)	1030 mm	(N)	1727 mm
(F)	2588 mm	(O)	2001 mm
(G)	3309 mm	(P)	1385 mm
(H)	25°	(Q)	1676 mm
(I)	2310 mm		

Implementos

Hoja dózer orientable
Barredora orientable*†
Ahoyador
Retroexcavadora
Hoja niveladora
Desbrozadora de cuchillas
Cucharones
Trituradora de residuos vegetales*
Cucharón 4 x 1
Bomba de hormigón*
Cizalla hidráulica*
Hoja transplantadora
Hoja dózer*
Dúmper
Grapa agrícola
Niveladora hidráulica*
Martillo hidráulico**
Grapa industrial
Explanadora
Rastrillo hidráulico
Cuchara hormigonera*
Horquilla portapalets – estándar
Horquilla portapalets – hidráulica
Fresadora*
Estabilizadores traseros
Escarificador
Turbina quitanieves*
Desenrollador de césped*
Nivelador rotativo*
Esparcidora
Descepadora*
Superdisco decapador
Barredora con cajón colector
Enganche de 3 puntos
Rotocultivador
Tilt-Tatch™
Orugas, acero
Transplantador de árboles*
Rueda compactadora
Zanjadora
Horquilla universal
Compactador vibrante
Conjunto de aspersores
Disco sierra
Barredora de cerdas

*Necesita módulo de control de implementos.
**El uso de estos implementos en la cargadora requiere el montaje de un conjunto para aplicaciones especiales que consiste en una puerta de cabina de 12 mm y cristales superior y trasero en Lexan de 6 mm.
†Aspersor de agua opcional.

Las especificaciones así como el diseño pueden experimentar cambios sin previo aviso - En las fotografías de unidades Bobcat puede aparecer equipamiento no de serie.

Bobcat®

www.bobcat.eu

©2008 Bobcat EMEA 4471730 ES (03-08)

HOJA DE VIDA VEHICULOS, MAQUINAS, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

NOMBRE DEL EQUIPO:	MINICARGADOR	**N° REGISTRO**	MC090218
MARCA:	BOBCAT	**N° SERIE**	A3L939350
LINEA	S185	**AÑO:**	2011
DIMENSIONES:	ALTO: 1938 mm	**COLOR:**	BLANCO NARANJA
	ANCHO: 1727 mm	**N° MOTOR**	V2607-AQ0625
	LARGO: 3309 mm	**NUEVO/USADO:**	USADO
FUNCION:	CARGUE, DEMOLICION, EXCAVACION ENTRE OTRAS	**IMPORTACION:**	032010001256799-6
RECOMENDACIONES PARA SU FUNCIONAMIENTO:	VERIFICAR NIVELES DE ACEITE, HIDRAULICO , COMBUSTIBLE Y CONTROLES DE MANDO		
RIESGOS PRESENTES DURANTE SU USO:	VOLCAMIENTO Y/O LECCIONES A TERCEROS		
ELEMENTOS PROTECCION A UTILIZAR:	CASCO, BOTAS DE SEGURIDAD, TAPAOIDOS.		

FOTOGRAFIAS







CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	FECHA MANTENIMIENTO	HOROMETRO
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	03-oct-22	9234,3
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-dic-22	9523,6
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	20-feb-23	9772,6
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	11-may-23	28,5
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-ago-23	341,2
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	09-ene-24	595
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	01-jun-24	865,4
REPUESTOS	Cambio de repuestos mecanicos (swich, empaquetaduras, amortiguadores, tapa tanque , bomba de agua, lamparas)	20-sep-24	
MANTENIMIENTO	Desarme y desmonte de eje rueda delantera y cambio de rodamientos	08-oct-24	
MANTENIMIENTO GENERAL	Cambio de aceite, Sistema Hidraulico, Cabina, Estado mecanico - MANTENIMIENTO GENERAL	07-nov-24	1111

REALIZO MANTENIMIENTO: HUBER GONZALEZ

BOGOTÁ D.C. 24 de enero de 2025

CERTIFICADO OPTIMAS CONDICIONES

Por medio de la presente Jack Alonso Sierra Mancipe CERTIFICA que el siguiente equipo se encuentra en óptimas condiciones técnico-mecánicas de acuerdo con los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar la operación segura y adecuada para realizar labores en obra.

MARCA: BOBCAT S185
TIPO: Construcción
N° SERIE: A3L939350
MODELO: 2011
COLOR : Blanco / Naranja.
ESTADO: Usado
Usos: Construcción, excavación, demolición y recolección de residuos.

El presente certificado se expide el 24 de enero de 2025.

Jack Alonso Sierra Mancipe
Mecánico Maquinaria Pesada.

ISFP.
INSTITUTO SUDAMERICANO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL

Certificado

JACK ALONSO SIERRA MANCIPE

HA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES AL RESPECTIVO PLAN DE ESTUDIOS,
APROBANDO EL CURSO

MECÁNICA DE MAQUINARIA PESADA

DE 200 HORAS DE DURACIÓN, TERMINÓ EN 17/08/2024,
POR LO EXPUESTO SE LE EXPIDE ESTE CERTIFICADO.

CERTIFICACIÓN AUTÉNTICA RECONOCIDO

DIRECCIÓN
INSTITUTO SUDAMERICANO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

AMÉRICA DEL SUR
■ INSTITUTO ■

UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA
Ciencia y tecnología al servicio del país

INSTITUTO DE TRANSPORTE
DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA

CERTIFICADO

OTORGADO A :

SIERRA MANCIPE , JACK ALONSO

Por su **ASISTENCIA** en el **1er Congreso en Mantenimiento de Maquinaria Pesada** organizado por el Instituto de Transportes de la Facultad de Ingeniería Mecánica de la Universidad Nacional de Ingeniería,con una duración de 20 horas académicas.
Llevado a cabo del **12 al 16 de Junio del 2023**, Perú.

Lima, 20 de junio del 2023

Dr. Ing. Elmar Javier Franco Gonzales
Decano FIM

Ing. Carlos Alfonso Rojas Serna
Director del Instituto de Transporte - UNI

100332936

BOGOTÁ D.C. 24 de enero de 2025

CONFIRMACION COMPROMISO DE MANTENIMIENTO

Por medio de la presente Huber Faminson Gonzalez Ramos se compromete a realizar los mantenimientos preventivos y correctivos que surjan mientras se encuentran ejecutando labores de obra; los mantenimientos preventivos se realizaran con intervalos de 250 Horas.

MARCA: BOBCAT
TIPO: Construcción
REFERENCIA: S 185
MODELO: 2011
SERIE MOTOR: A3L939350
HOROMETRO MANTENIMIENTO: 1.111
PROXIMO MANTENIMIENTO: 1.361

El presente certificado se expide el 24 de enero de 2025.

CORDIALMENTE,

HUBER FAMINSON GONZALEZ
DIRECTOR DE OBRA
CEL: 319 244 44 51

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 112962

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC570343	SHANTUI	SE75	2023

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	66SE07EJNN0001420

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	CNE0731	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7650 Kg	2680 mm	2260 mm	6240 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
REYES PEREZ JOSSE ESTEBAN	C.C. 1.018.500.108

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S) **IDENTIFICACIÓN**

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

PRENDA-MAQUINAS AMARILLAS SAS

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARÍA DE MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
28-03-2023	28-03-2023	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACION	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352022000331713	03/08/2022



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM02000035206

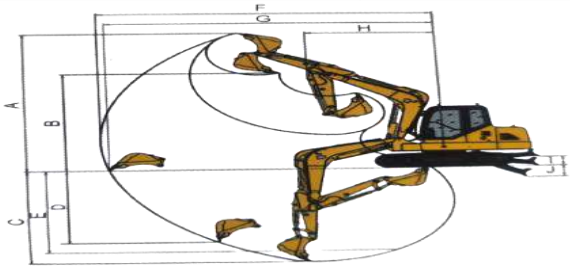
JERP MAQUINARIA	**FICHA TECNICA EXCAVADORA**	***CODIGO: FT 01420*** ***VERSION : 01*** ***PAGINA: 1 DE 1***

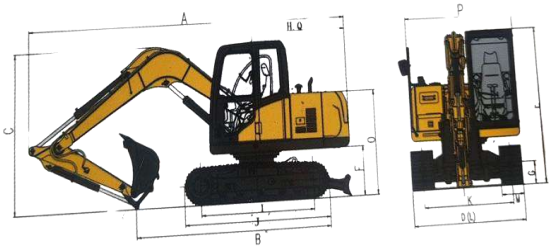
IDENTIFICACION	
CLASE	EXCAVADORA
CODIGO	EX-SHASE751P
TIPO DE MAQUINARIA	CONSTRUCCION
DISEÑO DATO DE FABRICANTE	
DATOS DE FABRICANTE	
MARCA	SHANTUI
LINEA	SE75
MODELO	2023
COLOR	AMARILLO
COMBUSTIBLE	DIESEL



PARAMETROS TECNICOS			
MOTOR		**SISTEMA TRASLACION**	
MODELO	KUBOTA V3307T	TIPO	BOMBA CON CAUDAL VARIABLE
TIPO	INYECCION DIRECTA, TURBOCARGADO	CANTIDAD DE RODILLOS DE SOPORTE	2X5
NUMERO DE CILINDRO	4	CANTIDAD DE RODILLOS PORTADORES	2X1
EMISION DE REGULACION	TIER 3	CANTIDAD DE ZAPATAS	2X39
DESPLAZAMIENTO	3.331 L	FUERZA DE TRACCION	86.5 KN
SALIDA DE POTENCIA	48.9KW/2000rpm	HABILIDAD DE GRADO	70%
SISTEMA HIDRAULICO		**FUERZA DE EXCAVACION (ISO6015)**	
TIPO	BOMBA CON CAUDAL VARIABLE	FUERZA DE EXCAVACION DEL BALDE	66KN
MAXIMO FLUJO DE DESCARGA	160L/MIN	FUERZA DE EXCAVACION DEL BRAZO	44KN
SISTEMA DE GIRO		**BALDE**	
TIPO DE MOTOR DE GIRO	MOTOR DE PLATO OSCILANTE	TIPO	BALDE RETROEXCAVADOR
VELOCIDAD DE GIRO	0-11 R/MIN	CAPACIDAD DE BALDE	0.13-0.32 M3
TIPO DE FRENO	LIBERACION DE PRESION,ROTURA MECANICA	ANCHO DE BALDE	860 mm
CAPACIDAD DE RECARGA Y LUBRICACION		**PESO DE FUNCIONAMIENTO**	
FULL TANQUE	150L	ANCHURA DE ZAPATA	450 mm
SISTEMA DE ENFRIAMIENTO	11L	PRESION DEL SUELO	34KPa
ACEITE MOTOR	11L	PESO OPERATIVO	7560Kg
CAPACIDAD DEL SISTEMA	145L		

ALCANCE DE TRABAJO (MM)			**DIMENSIONES (MM)**		
A	MAX. ALTURA DE EXCAVACION	6945	A	LONGUITUD TOTAL	6240
B	MAX. ALTURA DE VERTIDO	4895	B	LONGITUD DE CONTACTO CON TIERRA (TRANSPORTE)	3750
C	MAX. PROFUNDIDAD DE EXCAVACION	4120	C	ALTURA TOTAL (HASTA LA PARTE SUPERIOR DEL PLUMA)	2660
D	MAX. PROFFUNDIDAD DE EXCAVACION VERTICAL	3620	D	ANCHO PROMEDIO	2260
E	CORTE DE PROFUNDIDAD PARA FONDO A NIVEL DE 2500 MM	3770	E	ALTURA TOTAL (HASTA LA PARTE SUPERIOR DE LA CABINA)	2680
F	DISTANCIA DE EXCAVACION	6360	F	DISTANCIA AL SUELO DEL CONTRAPESO	825
G	RADIO DE EXCAVACIÓN A NIVEL DEL SUELO	6205	G	DISTANCIA AL SUELO DE LA ORUGA	385
H	MIN. RADIO DE GIRO DEL EQUIPO DE TRABAJO	2040	H	RADIO DE GIRO DE COLA	1880
I	ALTURA DE ELEVACIÓN DE LA HOJA TOPADORA	385	I	DISTANCIA ENTRE CENTROS RUEDA GUIA Y SPROCKET	2195
J	PROFUNDIDAD DE CORTE HOJA TOPADORA	225	J	LONGUITUD DE LA ORUGA	2820





REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2022**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352022000331713-4

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social			
900459311	1	MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.			
13. Dirección	**15. Teléfono**	**12. Cód. Admón.**	**16. Cód. Dpto**	**17. Cód. Ciudad Municipio**	
CR 17 142 25 P 2	7023060	35	11	001	

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830049499	4	AGENCIA DE ADUANAS CONTINENTAL EXPRESS LTDA NIVEL 2	26	0384
29. Número documento de identificación		**30. Apellidos y nombres**		
16289800		LOZANO IREGUI NELSON FABIAN		

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Legalización	2	352022000315675	2022 - 07 - 18	35	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	2	No. 116575012496869	2022 - 07 - 06	No. WHBA61TJBV04	2022 - 06 - 04

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
SINOLATION IMP AND EXP CO., LIMITED	WANCHAI	351

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
ROOM 803, EASEY COMMERCIAL BUILDING 253-261 HENNES	86-0537-2909372

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
COL220624MH01	2022 - 06 - 24	215	1	351	11	SCS ADUANERA COLOMBIA S.A.S	4,068.75

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	215	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
05	01	215	242,325.23	242,270.25	YY	36	2	u	17.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
871,990.00	192,920.28
80. Valor Seguros USD	**81. Valor Otros Gastos USD**
4,693.75	0.00
82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	**83. Ajuste valor USD**
197,614.03	0.00
84. Valor aduana USD	**85. Código registro o licencia** / **86. Número**
1,069,604.03	X / XXXXXXXXXX
87. Cod. oficina / **88. Año** / **89. Programa No** / **90. Cód Interno del Producto**	
99 / XXXX / XXXXXXXXXX / 0	

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 4,351,951,397	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 19.00	98 4,351,951,397	99 826,871,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0.00	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 826,871,000		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

/ DIM 2/2 D.O. GLA-BNV-22-094/ NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DE 2013,MERCANCIA NO REQUIERE REGISTRO DE IMPORTACION.// LEGALIZACIÓN SIN PAGO DE RESCATE SEGUN ART. 293, NUMERAL 3 INCISO 1 Y ART. 302 DE LA RESOLUCIÓN 46 DE 2019, APLICACIÓN DEL ANÁLISIS INTEGRAL. (4 U) REF.: SE60, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE60, SERIAL: 66SE06EJNN1002147, 66SE06EJNN1002148, 66SE06EJNN1002149, 66SE06EJNN1002150, MOTOR: CNC0183, CNC0173, CNC0182, CNE1911, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(3 U) REF.: SE75, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE75, SERIAL: 66SE07EJNN0001419, 66SE07EJNN0001420, 66SE07EJNN0001421; MOTOR: CNE0854, CNE0731, CNE0732, USO O(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: **826,871,000**	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Después de insp.: levante No hay declaración posterior Acta de inspección No.: 352022000036167 Inició: 2022-07-27 22:13:12 Finalizó: 2022-08-03 11:29:00	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352022000331713 133. Feha: 2022 07 27

134. Levante No.	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre / 137. C.C. No.
352022000304525	2022 - 08 - 03		DIEGO ADALBERTO ULABARRI CAICE / 1,107,086,084

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	**980. Pago Total $** **0** 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92352201509224 Fecha presentación 2022-07-27 22:08:22 Valor pagado $No se aplicó el pago

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(3 U) REF.: SE135, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE135, SERIAL: 66SE13EKNN0000481, 66SE13EKNN0000482, 66SE13EKNN0000483; MOTOR: 77243206, 77243214, 77242676, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(5 U) REF.: SE220LC, PRODUCTO: EXCAVADORA, MODELO: SE220LC, SERIAL: 66SE22DKNN1000671, 66SE22DKNN1000672, 66SE22DKNN1000673, 66SE22DKNN1000674, 66SE22DKNN1000675; MOTOR MODELO: 6BTAA5.9-C150-II, SERIAL MOTOR: 82432014 / 82432008 / 82432652 / 82432552 / 82432548, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI.//(2 U) REF.: SBH388, PRODUCTO: RETROEXCAVADORA, MODELO: SBH388, SERIAL: 2022602, 2022603; MOTOR: BYC 4994909, 22A07482 / 22G03992, 10 403 504 042; SERIAL MOTOR: 82431200 / 82445644, USO O DESTINO: CONSTRUCCION; AÑO DE FABRICACIÓN: 2022, AÑO MODELO: 2023, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, MARCA: SHANTUI./XX

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ACTA DE INSPECCIÓN
No. 352022000036167

1. LUGAR
LEGALIZACION DE MERCANCIA
2. FECHA EN QUE SE SELECCIONÓ LA DECLARACIÓN PARA INSPECCIÓN
2022-07-27 22:13:12

De conformidad con lo establecido en el decreto 2685/99, Resolución Reglamentaria 4240/00, mediante el presente auto se comisiona a los funcionarios:

3. NOMBRES Y APELLIDOS: DIEGO ADALBERTO ULABARRI CAICE
4. CÉDULA CIUDADANÍA: 1107086084

5. Para que adelanten la "Inspección previa al Levante de la Mercancía", correspondiente a la Declaración de Importación

No.:92352201509224 (Ver Motivos de Inspección) Documentos Soporte

6. DOCUMENTO DE TRANSPORTE	7. NÚMERO MANIFIESTO	8. FECHA
WHBA61TJBV04	116575012496869	7/6/2022

DECLARANTE
09. Nombre: AGENCIA DE ADUANAS CONTINENTAL EXPRESS LTDA NIVEL 2
10. NIT.: 830049499-4

IMPORTADOR
11. Nombre: MAQUINAS AMARILLAS S.A.S.
12. NIT.: 900459311-1

CAUSALES PARA RECHAZAR EL LEVANTE DE MERCANCÍAS POR SER PRESENTADA LA DECLARACIÓN:
NO CONFORME CON LO DECLARADO:

13.1. ☐ Errores u omisiones parciales (seriales, números de identificación)
13.2. ☐ Controversia de Valor
13.3. ☐ Errores en Subpartida Arancelaria, Tarifas, Tasa de Cambio, Sanciones, Operaciones Aritméticas, Modalidad y Tratamiento Preferencial
13.4. ☐ Errores u omisiones en la Descripción que impiden la Individualización de las Mercancías
13.5. ☐ Valor inferior al Precio Oficial
13.6. ☐ No aporta el(los) documento(s) soporte(s)
13.7. ☐ Mercancía no está amparada por el Certificado de Origen

NO DECLARADO:

13.8. ☐ Mercancía superior en Cantidad o diferente a las Declaradas
13.9. ☐ Otros (¿Cuál?)

14. OBSERVACIONES AL (LOS) ITEM(S):
15. CAUSALES PARA APREHENDER LA MERCANCÍA:

16. VALOR CIF DECLARADO:	17. VALOR TRIBUTOS PAGADOS:	18. SANCIONES PAGADAS:
US$1,069,604.03	$0.00	$0.00

19. DECLARACIÓN DE VALOR: No.: SIN
20. CERTIFICADO DE INSPECCIÓN: No.: SIN

21. PROCEDE LEVANTE:	◉ SI	○ NO	○ LEV. PARCIAL	○ NO PRESENCIA	○ TOMA MUESTRAS	○ REQ.ESP.ADUANERO

22. LEVANTE	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 242325.23	CANTIDAD (Unidades Com): 17
23. NO PROCEDE	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 0	CANTIDAD (Unidades Com): 0
24. APREHENSIÓN	DEL ITEM 1	PESO (Kg) : 0	CANTIDAD (Unidades Com): 0

25. JUSTIFICACIÓN: numeral 3 del artículo 185 del Decreto 1165 de 2019

26. INSPECCIÓN FINALIZADA EN LA FECHA: Año: 2022 Mes: 8 Día: 3 Hora: 11 Min: 29

27. OBSERVACIONES : Ver Hoja 2

28. NOMBRES Y APELLIDOS JEFE DE BODEGA: LINA MARCELA GIRALDO
29. CÉDULA CIUDADANÍA: 29227656

30. ACOMPAÑAMIENTO DE OBSERVADOR: ○ SI ◉ NO
31. NOMBRES Y APELLIDOS OBSERVADOR:
32. CÉDULA CIUDADANÍA: 0

No. Levante Asignado : 352022000304525

INSPECTOR 1 | INSPECTOR 2 | DECLARANTE | JEFE BODEGA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

ACTA DE INSPECCIÓN
No. 352022000036167

1. LUGAR
LEGALIZACION DE MERCANCIA
2. FECHA EN QUE SE SELECCIONÓ LA DECLARACIÓN PARA INSPECCIÓN
2022-07-27 22:13:12

OBSERVACIONES :

Auto Comisorio No. 1961 Fecha: 01/08/2022

Conforme a lo ordenado en el auto comisorio se realizó diligencia aduanera de inspección física del 10% de la mercancía seleccionada para tal fin, encontrando confor midad entre lo declarado, la información contenida en los documentos s oporte presentados y lo inspeccionado.

La mercancía cumple con las descripciones mínimas de conformidad con la Resolución 57 del 13 de a bril de 2015.

El peso bruto de la mercancía corresponde con el de l os documentos soporte. Se verifica que el importador y la agencia de a duana se encuentren activos en el RUT al momento de la actuación por p arte del inspector.

Mercancía: EXCAVADORA

Por tal razón se auto riza el levante, fundamentado en las siguientes normas: numeral 3 del artículo 185 del Decreto 1165 de 2019, IN-COA-0151 V4 de 2021, Resoluc ión 1684 de la CAN y el Manual de Procedimientos del Sistema Informáti co SYGA Importaciones.

La diligencia de inspección se realizó en pr esencia del auxiliar de la agencia de aduanas.

No se tomaron muestr as de mercancía durante la diligencia de inspección.

Los documentos se presentan a través de correo electrónico.
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

UNA VEZ LEIDO Y APROBADO EL PRESENTE DOCUMENTO, SE FIRMA POR QUIENES EN ÉL INTERVINIERON, EL DÍA: 3 de Agosto de 2022 a las 11:29.

INSPECTOR 1	INSPECTOR 2	DECLARANTE	JEFE BODEGA

JERP MAQUINARIA	SISTEMA GESTION DE MANTENIMIENTO	VERSION	1
	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO	EMISION	25/11/2024
	EXCAVADORA SHANTUI SE75	PAGINA	1 DE 1

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	FRECUENCIA	PM01	PM02	PM03	PM04	PM05	PM06	PM07	PM08
				250 HRS	500 HR	750 HR	1000 HR	1250 HR	1500 HR	1750 HR	2000 HR
MOTOR											
ACEITE MOTOR 15W40	3	GLN	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE ACEITE MOTOR	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE COMBUSTIBLE	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO SEPARADOR DE PARTICULAS DE AGUA	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO DE AIRE (PRIMARIO Y SEGUNDARIO)	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
FILTRO VALVULA RESPIRADOR DE TANQUE HIDRAULICO	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
REFRIGERANTE	1.5	GLN	2000 HR								X
INSPECCIONAR TENSION DE CORREA ACCESORIOS	1	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
SISTEMA HIDRAULICO											
ACEITE HIDRAULICO SAE AW68	18	GLN	2000 HR								X
FILTRO DE TANQUE HIDRAULICO	1	UND	2000 HR								X
FILTRO DE RETORNO	1	UND	2000 HR								X
FILTRO PILOTO	1	UND	2000 HR								X
LIMPIEZA TANQUE HIDRAULICO	1	UND	2000 HR								X
TREN DE RODAJE											
ACEITE MANDOS FINALES 80W90	0.5	GLN	500 HR		X		X		X		X
INSPECCION DE RODILLOS INFERIORES Y SUPERIORES	16	UND	250 HR	X	X	X	X	X	X	X	X
ESTRUCTURA											
INSPECCION DE ESTRUCTURA GENERAL	1	UND	1000 HR				X				X
FILTRO DE AIRE ACONDICIONADO	1	UND	1000 HR				X				X

CADA 8 HORAS DE SERVICIO:

-REVISAR NIVEL DE ACEITE MOTOR
-REVISAR NIVEL DE HIDRAULICO
-REVISAR NIVEL DE REFRIGERANTE
-LUBRICAR LAS PARTES DE ARTICULACION

CADA QUE SEA NECESARIO:

-LIMPIAR PANEL DE RADIADOR
-CAMBIAR CINTURONES Y DIENTES DE BALDE
-REMPLAZAR RODILLOS SUPERIORES E INFERIORES
-REMPLAZA MANGUERAS

ELABORADO POR : **ING JOSE ESTEBAN REYES**

TP. CN230-172833

Bogotá, 29 de abril de 2025

A su solicitud

COMPROMISO DE MANTENIMIENTO

YO, JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ, identificado con cedula de ciudadanía número 1.018.500.108, como propietario de la excavadora, manifiesto mi compromiso para coordinar y gestionar el mantenimiento preventivo del equipo:

EQUIPO	MARCA	MODELO	No. SERIE	AÑO
EXCAVADORA	**SHANTUI**	**SE-75**	**66SE07EJNN0001420**	**2023**

Ratifico que estos mantenimientos se realizaran de acuerdo con lo estipulado en el manual de operación, ejecutando actividad cada 250 horas.

Cordialmente,

JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ
CC.1018500108
ING. MECANICO
MATRICULA: CN230-172833

Bogotá, 13 de enero de 2025

CERTIFICADO DE MANTENIMIENTO.
CODIGO: 10106

Estimados Ingenieros.

Por medio del presente documento, yo **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, ingeniero mecánico con número de registro de tarjeta profesional **CN230-172833**. **CERTIFICO** que el equipo **EXCAVADORA SHANTUI SE75** modelo 2023 con número de serie 66SE07EJNN0001420. se le realizó el respectivo mantenimiento preventivo, lo cual se encuentra en óptimas condiciones técnico- mecánicas, hidráulicas y eléctricas garantizando una operación segura y adecuada para realizar labores de obra.

Se realizo mantenimiento preventivo cambiando los siguientes ítems:

TIPO	ESPECIFICACION	CANTIDAD
Aceite motor	15W40 Móvil.	3 galones
Filtro de aceite	B-163	1 filtro
Filtro sedimentador de agua	FC-1804	1 filtro
Filtro de combustible	FS-1241	1 filtro
Filtros de aire	A6227S	1 filtro
Filtro de aire externo e interno	A 8602S	2 filtros

El horómetro en el cual se realizó el ultimo cambio de aceite fue a las 1.908 Hrs y su próximo cambio de aceite será a las 2.158 Hrs realizando el mismo procedimiento como lo establece el fabricante con sus respectivas inspecciones.

El presente certificado de mantenimiento se expide el día 13 de enero de 2025.Cordialmente,

Jose Esteban Reyes P.

INGENIERO MECÁNICO
C.C 1018500108 de Bogotá
T.P: CN230-172833

JERP MAQUINARIA	**CHECK LIST MANTENIMIENTO EXCAVADORA DE ORUGA**	***CODIGO: 10106*** ***PAGINA: 1 DE 2*** ***FECHA: 13/01/2025***

DATOS GENERALES



MARCA: SHANTUI
LINEA: SE 75
No. SERIE: 66SE07EJNN0001420
COLOR: AMARILLO
HOROMETRO: 1908 HRS

DATOS OPERADOR

APELLIDOS Y NOMBRES	JUAN VEGA
LICENCIA DE OPERACIÓN	TECNICO SENA

CHECK LIST

B: BIEN R:REGULAR N/P:NO APLICA

	ESTRUCTURA	B	R	N/A		SISTEMA DE LUCES	B	R	N/A
1.	parabrisas	X			26.	foco superior cabina	X		
2.	plumillas	X			27.	foco laterales estructura	X		
3.	vidreos laterales	X			28.	foco interna cabina	X		
4..	pasamanos	X				**ESTRUCUTRA BASTIDOR**			
5.	puerta	X			29.	bastidor oruga	X		
6.	manillas de puertas	X			30.	caja reductora	X		
7.	espejos laterales	X			31.	rodillos inferiores	X		
8.	espejo interior	X			32.	rodillos superiores	X		
9.	asiento operador	X			33.	sistema tensor	X		
10.	balde biela balde	X			34.	zapatas oruga	X		
11.	cilindro y flexibles de balde	X			35.	escalones	X		
12.	calza de baldes y pasadores	X				**OTROS**			
13.	brazo	X			36.	logo empresa	X		
14.	cilindro y flexibles de brazo	X			37.	limpieza interior cabina	X		
15.	calza de brazo y pasadores	X			38.	limpieza externa	X		
16.	pluma	X			39.	fugas visibles	X		
17.	cilindro y flexibles de pluma	X			40.	marcador nivel combustible	X		
18.	calza de pluma y pasadores	X			41.	marcador presion de aceite	X		
19.	contrapesa	X			42.	marcador de temperatura	X		
20.	cabina	X			43.	horometro	X		
	ACCESORIOS				44.	panel de control	X		
21.	extintor	X			45.	acelerador manual	X		
22.	botiquin	X			46.	palanca bloqueo hidraulico	X		
23.	cinturon de seguridad	X			OBSERVACIONES:				
24.	bocina	X							
25.	alarma de retroceso	X							

JERP MAQUINARIA	**CHECK LIST MANTENIMIENTO EXCAVADORA DE ORUGA**	***CODIGO: 10106*** ***PAGINA: 2 DE 2*** ***FECHA: 13/01/2025***

MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS E INSPECCIONES

BUENAS PRACTICAS, CADA 250 HRS DE USO

FECHA DE SERVICIO	ACTIVIDAD REALIZADA	CONDICION ACTUAL	FECHA PROX. REVISION	OBSERVCIONES
13/01/2025	Revisar fugas de radiador	OK	2.158 HRS	
	Fugas de motores de traslacion	OK	2.158 HRS	
	Fugas del motor	OK	2.158 HRS	
	Vaciado del tanque de combustible para sedimentos y agua	OK	2.158 HRS	
	Verificar los niveles de aceite del mecanismo impulsor de la bomba	OK	2.158 HRS	
	Analizar los niveles de electrólito en la batería	OK	2.158 HRS	
	Limpieza de los elementos que constituyen el filtro de aire	OK	2.158 HRS	
	Inspección de la tornillería en el tren de rodamiento	OK	2.158 HRS	
	Ergonomía: El acceso a la cabina se ha de llevar a cabo a través de peldaños. Éstos tienen que ser antideslizantes y mantenerse en buenas condiciones	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Ergonomía: La puerta de acceso ha de poder abrirse y cerrarse fácilmente, La fuerza necesaria para abrir la puerta no debe ser superior a 150 Nm.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Ergonomía: La regulación del asiento tiene que funcionar en todas sus posiciones, y permitir, en todo momento, una visibilidad directa adecuada.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Puesto de mando: La cabina debe estar correctamente insonorizada, no presentar cristales rotos, proteger al operador de vapores, calefacción y sistema de ventilación. (depende la linea de fabricacion del equipo)	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Asiento: La distancia entre el asiento y los órganos de accionamiento deben adaptarse al operador. Debe disponer de un sistema de amortiguación de vibraciones.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Información: Información y advertencias sobre la máquina clara y precisa (como zonas calientes, caída en altura, atrapamientos, vibraciones, etc.)	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	
	Iluminación: Debe disponer de alumbrado incorporado, luces y faros tanto delanteros, como traseros.	OK	2.158 HRS	
			2.158 HRS	

CALIFICACION DEL SISTEMA: *DE LA INSPECCION REALIZADA A LOS SISTEMAS PRINCIPALES DEL EQUIPO EXCAVADORA DE ORUGA SE INDICA*

MOTOR: SE ENCUENTRA EN PERFECTAS CONDICIONES DE OPERATIVIDAD, ASI MISMO NO PRESENTA FUGAS DE FLUIDOS, COMO ACEITES LUBICANTES, AGUA Y COMBUSTIBLE.

SISTEMA HIDRAULICO: CILINDROS EN BUENAS CONDICIONES SIN PRESENTAR FUGAS.

TREN DE RODAJE: SE APRECIA GRAN REACCION A LOS ESFUERZOS, LO QUE GARANTIZA SU FUNCIONAMIENTO, SISTEMAS DE ORUGA,ZAPATAS,PINES,RUEDA GUIA Y SPROCKET EN BUENAS CONDICIONES DE OPERATIVIDAD

Jose Esteban Reyes P.

REVISADO Y APROVADO POR: JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ

INGENIERO MECANICO

Consejo Profesional
Nacional de Ingenierías
Eléctrica, Mecánica
y Profesiones Afines

Referencia: .

EL CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERíAS ELÉCTRICA, MECÁNICA Y PROFESIONESAFINES, EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 51 DE 1986 Y EL DECRETO 1873 DE 1996

HACE CONSTAR QUE:

1. El Ingeniero **Josse Esteban REYES PEREZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1018500108** de **Bogotá, D. C. (Bogotá, D. C.)**, se encuentra registrado ante el Consejo Profesional Nacional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines, como Ingeniero **MECÁNICO** con Matrícula No. **CN230-172833** expedida por el Consejo Profesional Seccional de **CUNDINAMARCA** mediante resolución No. **CN-44 de 2023** el día **10** de **Noviembre** de **2023** y confirmada por el Consejo Profesional Nacional según Resolución No. **CPN-128 de 2023**.

2. La matrícula profesional No. **CN230-172833**, del citado ingeniero se encuentra Vigente y no se registran Sanciones a la fecha.

Esta constancia se expide por solicitud del interesado. La vigencia de la presente certificación es de Seis (6) meses a partir de la fecha de expedición.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo de Dos Mil Veinticinco (2025)

Consejo Profesional Nacional de Ingenierías Eléctrica, Mecánica y Profesiones Afines
Código de Validación:**999901875288. Vence el 17-Septiembre-2025**
Entre a www.consejoprofesional.org.co y a la opción 'Validar Certificado' para verificar su validez



MARCO ANTONIO GOMEZ ALBORNOZ
Secretario Ejecutivo



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1986**

EL ESPINO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-ABR-2005 EL ESPINO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0708500-34141091-M-1051316122-20050912 **04359**05255B 02 181763842

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.316.122

VEGA TEATINO

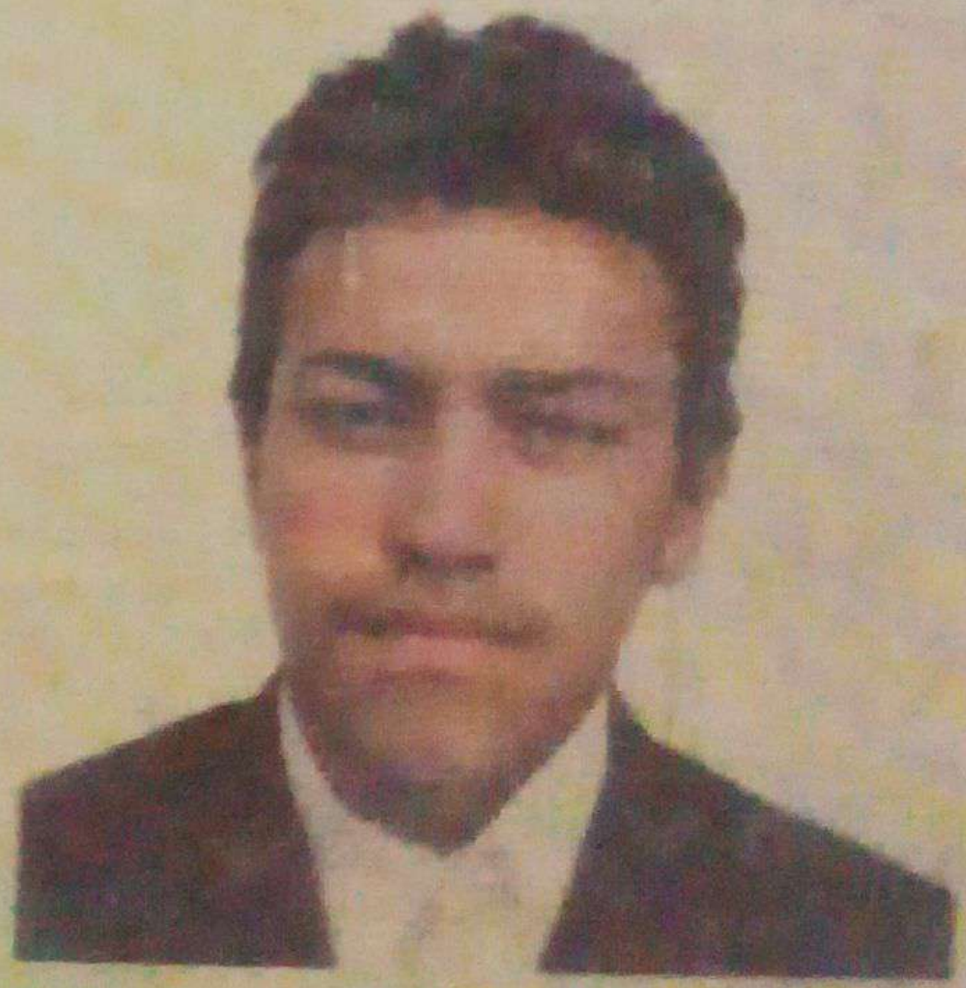
APELLIDOS

JUAN BAUTISTA

NOMBRES

Juan B vega T.

FIRMA





JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

Calle 59 sur # 99c-22

TEL: 310 8579952

E-mail: jvdiscover@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy un operador de maquinaria pesada con más de 12 años de experiencia en la industria de la construcción. Tengo experiencia en la operación de excavadoras, minicargador y vibro, incluyendo construcción de carreteras y edificación de estructuras. Mi sólida formación incluye certificaciones en manejo de maquinaria pesada y un historial comprobado en la ejecución segura y eficiente de tareas.

Poseo habilidades en el mantenimiento básico de equipos y una gran capacidad para resolver problemas técnicos que pueden surgir durante las operaciones. Mi enfoque en la seguridad y cumplimiento de normativas me ha permitido contribuir a un entorno de trabajo seguro y libre de accidentes.

Destaco por mi habilidad para trabajar en equipo y comunicarme eficazmente con supervisores y colegas, lo cual facilita la coordinación en proyectos complejos. Mi adaptabilidad y compromiso con los estándares de calidad y seguridad hacen de mí un candidato ideal para posiciones en ambientes de trabajo desafiantes y exigentes.

EXPERIENCIA LABORAL

TRANSPORTES FARIAS

Operador de maquinaria pesada

06/ 2016 - actualmente

FUNCIONES:

Operar excavadoras, minicargadores y vibradores para realizar tareas de construcción, incluyendo la excavación de terrenos, carga y transporte de materiales, y compactación de superficies.

LOGROS:

Mejore mis conocimientos en los procesos realizados.

FORMACION ACADEMICA

BACHILLER TÉCNICO

Institución Educativa CELFI

2004

Referencias y certificados serán entregados a solicitud.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1051316122

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

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

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los cinco (5) días del mes de Septiembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por



1674661 - 05/09/2023
No Y FECHA REGISTRO

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9209002701011202231CC1051316122C.

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO identificado(a) con CC. 1051316122 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2007/01/15**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 29 días del mes de 04 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO** identificado con **CC** No. **1051316122**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ - NI. 1018500108	**Fecha de inicio de cobertura :** 18/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501014452651.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_03
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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	1018500108-9	JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ	KILOMETRO 4 VIA LA CALERA	3233221244	HETAVEJI@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	09/04/2025	85665476	$885.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	6	800	199.000			1.982	199.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	6	500	114.500	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	114.600
Pensión	2	455.600	457.400
Riesgos Laborales	1	198.200	199.000
CCF	1	114.000	114.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	881.800	885.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	1018500108-9	JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ		KILOMETRO 4 VIA LA CALERA	3233221244	HETAVEJI@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	09/04/2025	85665476	$885.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022955516	VALENCIA FISGATIVA MAURICIO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1051316122	VEGA TEATINO JUAN BAUTISTA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 29 de abril de 2025, a las 13:22:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1051316122
Código de Verificación	1051316122250429132206

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:30:15 PM horas del 29/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1051316122**
Apellidos y Nombres: **VEGA TEATINO JUAN BAUTISTA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Bogotá, 29 de abril de 2025

CERTIFICADO DE IDONEIDAD.

Estimados Ingenieros.

Por medio del presente documento, certifico a Juan Bautista Vega Teatino con cedula de ciudadanía número 1.051.316.122 del espino Boyacá, como una persona profesional en el manejo de excavadora, siendo idóneo para realizar trabajos de todo tipo, desempeñando las mejores labores que conllevan la operación de este tipo de máquinas. Realizando esta labor desde hace más de 12 años.

QUIEN CERTIFICA



JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ
CC. 1.018.500.108 de Bogotá

A QUIEN CERTIFICO



JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO
CC. 1.051.316.122 del espino Boyacá

OCUPACIONAL SALUD

NIT. 4512476-3

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 04 DE DICIEMBRE 2024

NOMBRE: JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO

CC/ ID: 1051316122

Tipo de Examen: INGRESO: [X] PERIÓDICO: [ ] TRABAJO EN ALTURAS [ ]

INFORMACION GENERA

EMPRESA: REYES PEREZ JOSSE ESTEBAN NIT: 1018500108-9

CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN **A+**	**ESTATURA: 1,56/PESO: 57KL**	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCLUSIONES:

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		X	REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
e encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, en espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS (SI)

Javier Moreno Ramos

Especialista en Salud Ocupacional

Licencia RM 3235/2017

FIRMA DEL MÉDICO

HUELLA

Juan B Vega t

FIRMA DEL PACIENTE

Transv. 74F No. 40B-06
Cel.: 313 892 4481
asesoria@ocupacionalsalud.com
Verficaciones:
www.ocupacionalsalud.com

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, identificada con **NI** número **1018500108**, aportó por **JUAN VEGA TEATINO** identificado(a) con **CC** número **1051316122** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 09 - 2024 y 12 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$563,334	0.04000	$22,600	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	X														0		13	$563,334	0.04000	$22,600	$0	$0	Octubre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$563,334	0.16000	$90,200	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	X														0		13	$563,334	0.06960	$39,300	$0	$0	Septiembre - 2024	80885896	08/10/2024	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Noviembre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Octubre - 2024	81467173	20/11/2024	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Noviembre - 2024	82430505	10/12/2024	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **Abril** de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSSE ESTEBAN REYES PEREZ**, identificada con **NI** número **1018500108**, aportó por **JUAN BAUTISTA VEGA TEATINO** identificado(a) con **CC** número **1051316122** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2024 y 04 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,300,000	0.04000	$52,000	$0	$0	Enero - 2025	82876407	07/01/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,300,000	0.06960	$90,500	$0	$0	Diciembre - 2024	82876407	07/01/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Febrero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Enero - 2025	84078677	13/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Marzo - 2025	84811259	14/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Febrero - 2025	84811259	14/03/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$1,423,500	0.04000	$57,000	$0	$0	Abril - 2025	85665476	09/04/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1															0		30	$1,423,500	0.06960	$99,100	$0	$0	Marzo - 2025	85665476	09/04/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **Abril** de **2025**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 15 de abril de 2025, a las 15:15:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033774059
Código de Verificación	1033774059250415151544

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ



INDENTIFICACION **1033774059**

ESTADO CIVIL **UNION LIBRE**

EDAD **29**

FECHA DE NACIMIENTO **30 MARZO 1995**

LICENCIA DE CONDUCION **C2 , C3**

DIRECCION **CALLE73 A # 17ª23 SUR**

CELULAR **3012818415**

CORREO **chitiva030930@gmail.com**

PERFIL

Soy una persona organizada que cumple que cumple con las labores y requerimientos que se le exigen, capaz de liderar y solucionar problemas rápidamente. poseo valores como la responsabilidad y el trabajo en equipo.

Me considero una persona con capacidad de aprendizaje, tanto como teóricos como prácticos y excelente servicio al cliente

EXPERIENCIAS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: LADRILLERA SIERRA

CARGO: CONDUCTOR

FUNCIONES:

MANEJAR CAMION SENCILLO, VOLQUETA DOBLETROQUE ENTREGAR PEDIDOS DENTRO Y AFUERA DE LA CUIDAD CARGA Y DESCARGE

JEFE INMEDIATO: ANTONIO SIERRA

CARGO: JEFE DE LA EMPRESA

TELEFONO: 3143252006

TIEMPO LABORADO: 16 DE FEBRERO 2018 AL 12 DE ENERO EL 2020

MOTIVO DE RETIRO: VOLUNTARIO

EMPRESA: TRASPORTES SIERRA

CARGO: CONDUCTOR

FUNCIONES: MANAJAR VOLQUETA DOBLEQUE DENTRO LA CIUDAD

JEFE INMEDIATO: LAJONEL KLINSMANN SIERRA BALEGUERA

CARGO: PROPIETARIO DE LA VOLQUETA

TELEFONO 3208325670

TIEMPO LABORADO 1 DE FEBRERO 2019 AL 28 DE DIECIEMBRE EL 2021

MOTIVO DE RETIRO: VOLUNTARIO

EMPRESA CORTEZ CAÑOS INGRECON

CARGO CONDUTOR

FUNCIONES

MANEJAR VOLQUETA CUATRO MANOS IR Y CARGAR DE LAS MINAS A LA OBRA PATIO TALLER EL METRO

IR HACER MANTENIMIENTO LAVADO ENGRASE AL VEHICULO

JEFE INMEDIATO CECILIA GOMEZ

CARGO JEFE DE OPERACIONES

CEL 3215922170

TIEMPO LABORADO 19 DE ABRIL 2022 A 30 DE JULIO 2023

MOTIVO DE RETIRO VOLUNTARIO

SINTRAUNIOBRAS BOGOTA D.C

CARGO CONDUCTOR

FINCIONES CARGAR Y DESCARGAR EN OBRAS DE LA EMPRESA

TALENTO HUMANO ZORAIDA

CEL 3208394232

TIEMPO LABORADO 6 MESES

RETIRO VOLUNTARIO

FORMACION ACADEMICA

INSTITUTO NACIONAL EBE NAZER

BACHILLETARO

22 DE DICIEMBRE DE 2013

CALI

REFERENCIAS PERSONALES

NELSON DAVID TOVAR SALAMANCA

CC 1033722362

CEL 301 6424744

JOSE MUÑOS PEÑA

CC 1033753601

CEL 3212259102

REFERENCIAS FAMILIARES

JENNI PAOLA MEDEZ

CC 52955662

CEL 3213164855

PERSONAS A CARGO

ESPOSA ZULY GOMEZ SIERRA

CEL 3219332657

EDAD 24

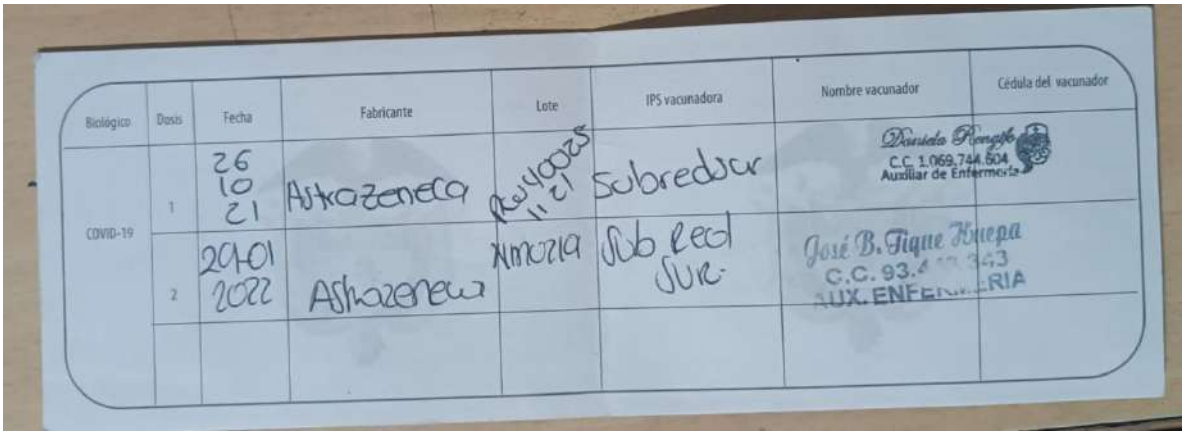
HIJO ALAN MAURICIO SIERRA GOMEZ

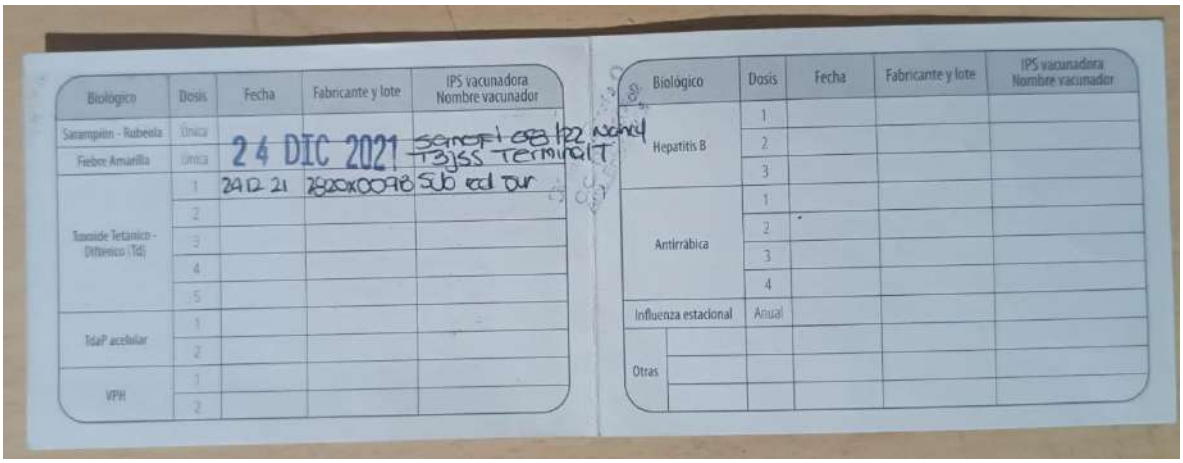
EDAD 5 AÑOS

ANDRES MAURICO SIERRA MENDEZ

CC 1033774059









REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1033774059

NOMBRE

ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ

FECHA DE NACIMIENTO

30-03-1995

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

22-09-2020

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



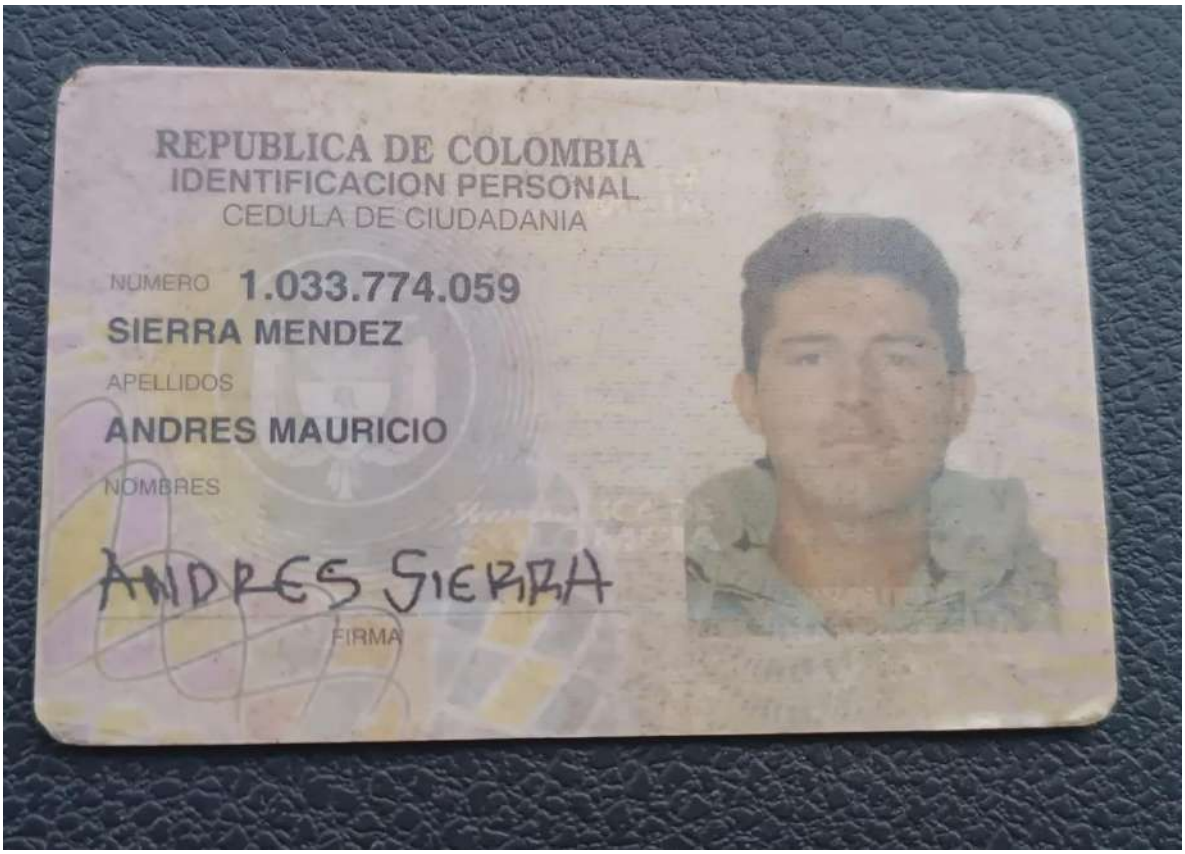
CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	22-09-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	22-09-2023	PUBLICO

VALID 136360 01/20

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001799808



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.774.059

SIERRA MENDEZ

APELLIDOS

ANDRES MAURICIO

NOMBRES

ANDRES SIERRA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

02-ABR-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00569233-M-1033774059-20140506 0038323774A 1 1982868326

INVERSIONES COBEC S.A.S	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA INVERSIONES COBEC S.A.S NIT. 901599248-9	Código	-	
		Fecha de emisión	01/04/2025	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

FECHA	01/04/2025
DATOS DEL VEHICULO	**REGISTRO FOTOGRAFICO**
TIPO:	VOLQUETA DOBLETROQUE
PLACA:	SOS 615
ORGANIZACIÓN DE TRANSITO	SOACHA
MODELO:	2014
MARCA:	INTERNATIONAL
LINEA:	7600 SBA 6X4
COLOR:	BLANCO
N° MOTOR:	35317474
N° CHASIS:	3HTWYAHT6EN766667
TIPO DE CARROCERIA:	PLATON
CAPACIDAD:	16.500 KG/PSJ
PIN AMBIENTAL:	10142
TAG DE PROPIEDAD	76206576
PROPIETARIO:	ALDEMAR COBOS CANGREJO
N° CEDULA	76.206.576
CONDUCTOR	ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ
N° CEDULA	1.033.774.059
VIGENCIA DE LICENCIA	06/08/2025
AÑOS DE EXPERIENCIA	8 años
TELEFONO:	







Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.



MOTOR

- Cummins ISM 385 EURO 4 SCR.
  Potencia: 375HP@1900 rpm
  Torque: 1346 lb-ft@1200 rpm
  Freno Motor JACOBS
  Fandrive de 2 velocidades.
- Motor vocacional con excepcional rendimiento en bajas y altas revoluciones.
- **Opcional:** Motor Cummins ISM 385 EURO 5 SCR.

TRANSMISIÓN

- Fuller FRO-14210C manual de 10 velocidades.
- **Opcional:**
  Eaton Fuller ultra shift FO-16E308LL-VCS automatizada de 10 velocidades.
  Allison 4500 RDS automática 5ta generación de 5 velocidades.

EJE DELANTERO

- Meritor MFS-18-133A Cap. 18.000 lb.
- **Opcional:** Meritor MFS-20-133A Cap. 20.000 lb.

SUSPENSIÓN DELANTERA

- Resortes multihojas con amortiguadores.
- Resortes parabólicos con amortiguadores.

EJE TRASERO

- Meritor RT-46-164P con bloqueo en el diferencial Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Meritor RT-52-185P con bloqueo en el diferencial Cap. 52.000 lb.

SUSPENSIÓN TRASERA

- Hendrickson RT-463 Cap. 48.500 lb.
  Para versiones ULTIMAAX: Hendrickson UMX-485-54 Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Hendrickson RT-523 Cap. 52.000 lb.
  Hendrickson UMX-520-54 Cap. 52.000 lb.

*Viga igualadora de 52.000 lb., barra de torsión con bujes encapsulados en todas las referencias.

SISTEMAS DE FRENOS

- Sistema de frenos, ABS 100% aire con control de tracción (ATC).
- Secador de aire Bendix AD-9.

TANQUE DE COMBUSTIBLE Y DEF

- 1 de 70 galones de aluminio con separador de agua / combustible.
- Tanque DEF 7 galones.

RINES Y LLANTAS

- RINES EN ACERO: 22.5" x 9"/ 22.5 x 8.25"
- RINES EN ALUMINIO: 22.5" x 9" / 22.5" x 9" para versión FULL.
- LLANTAS: 315/80R22.5 - 12R22.5
  Opcional:
  RINES EN ACERO: 22.5" x 13" / 22.5 x 8.25",
  RINES EN ALUMINIO: 22.5 x 13" / 22.5 x 9"
  LLANTAS: 425/65R22.5 - 12R22.5

CHASIS

- Chasis canal en "C" en acero termotratado de alta resistencia, con refuerzo longitudinal en "C", de 120.000 psi.

SISTEMA ELÉCTRICO

- Sistema multiplexado 12 - Volt, 3 baterías libre mantenimiento.
- Alternador Delco Remy 36SI 12V/165A
- Motor de arranque Delco Remy 39MT.

VOLCO

- Volco Joper Hardox 14 m3
- Volco Imhasa Hardox 14 m3
  Opcional: 21 m3 y 23 m3 según aplicación.

VERISONES

- Volqueta 7600 6x4 STD
- Volqueta 7600 6x4 STD ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 FULL
- Volqueta 7600 6x4 FULL ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 Carbonera

OTROS

	STD	FULL
Aire Acondicionado	•	•
Bomper brillante.		•
Interior Premium. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Espejos motorizados acabado brillante con led.		•
Espejos sobre el capó. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Columna de dirección abatible y/o telescópica.	•	•
Visera brillante.		•
Radio.		•
Tablero ergonómico.		•
Exploradoras.		•

COLOMBIA.

*Lo opcional es bajo pedido.

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

CHECK LIST DE CONTROL PARA EN VEHICULO

ITEM	SI	NO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
KILOMETRAJE ACTUAL 	✓	-	-	585.244 KM
SOAT	✓		06/12/25	-
REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE GASES	✓	-	13/11/25	-
PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO	✓	-	28/02/26	-
INSPECCIÓN DIARIA	✓		Diaria	-
COMPARENDOS	-	✓	-	-
INCIDENTES	-	✓	-	-
ACCIDENTES	-	✓	-	-
SISTEMA DE SEGURIDAD ACTIVA (Frenos, dirección, iluminación, estado de llantas, etc)	✓	-	(Inspección diaria)	-
SISTEMA DE SEGURIDAD PASIVA (Cinturones, airbag, chasis, ventanas, carrocería, etc)	✓	-	(Inspección diaria)	-
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	✓	-	-	Último mantenimiento: 580.814km 01-02-2025
MANTENIMIENTO CORRECTIVO	✓	-	-	
OTROS	-	-	-	-

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

PLAN DE MANTENIMIENTO VEHICULO SOS 615



DIARIO	SEMANAL
Revisar niveles de aceite y fluidos	Revisar y ajustar frenos
Inspeccionar neumáticos y presión	Revisar sistema de suspensión
Revisar frenos y sistema de dirección	Revisar sistema de transmisión
Limpiar y lubricar componentes	Revisar sistema eléctrico

MENSUAL	TRIMESTRAL
Reemplazar filtros de aceite y combustible	Revisar y reemplazar correas y mangueras
Revisar y reemplazar discos de freno	Revisar sistema de escape
Revisar y reemplazar pastillas de freno	Revisar sistema de dirección
Revisar sistema de refrigeración	Revisar sistema de suspensión

SEMESTRAL	ANUAL
Revisar y reemplazar neumáticos	Realizar una revisión general del vehículo
Revisar sistema de transmisión	Revisar y reemplazar componentes desgastados
Revisar sistema eléctrico	Realizar pruebas de frenos y sistema de dirección

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

PIN AMBIENTAL	
VEHICULO	Volqueta Doble Troque
PLACA	SOS 615
MARCA	International
MODELO	2014
N° DE PIN	10142
FECHA DE REGISTRO	05/11/2015

INVERSIONES COBEC S.A.S

Este documento pertenece a la empresa INVERSIONES COBEC SAS. Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

IPS EN SALUD 1A S.A.S.

NIT. 901632469-0
IPS EN SALUD 1A S.A.S.
CODIGO DEL PRESTADOR 1100139546-01
CR 19 B NO 26 A 53 SUR
FIJO 565 7854 / CEL 317 402 7795

CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO



1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	INVERSIONES COBEC SAS NIT 901.599.248-9												
EMPRESA USUARIA:			CIUDAD	BOGOTÁ		DEPARTAMENTO		BOGOTÁ D.C.			AÑO	2025	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:		FECHA	DÍA	03	Mes	ABRIL						R.H.	O+
APELLIDOS Y NOMBRES:	ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ												
DOCUMENTO:	CC	1.033.774.059	Género	MASCULINO	X	FEMENINO		INDETERMINADO		Edad (años)	30		
CARGO PARA DESEMPEÑAR:	CONDUCTOR									PESO	78 KG		
SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR	A.R.L.	SURA					A.F.P.				
TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ALTURAS				
FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FISICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.												

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:					RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:							
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI		
VISIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	x	SI		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA		PATRON RESTRICTVO			PATRÓN MIXTO		
GLICEMIA BASAL	NORMAL				LIGERAMENTE ALTERADA					MUY ALTERADA		
PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES				LIGERAMENTE ALTERADO					MUY ALTERADO		
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES	X			LEVEMENTE ALTERADAS					MUY ALTERADAS		
PSICOSOCIAL	SIN ALTERACIONES				LEVEMENTE ALTERADO					MUY ALTERADO		
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		CARDIOVASCULAR			OSTEOMUSCULAR TEST DE BOHOBER Y KENDALL	X	VISUAL		OTRO		
EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL		X		CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL							

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES	
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDA LABORAL	
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	
APLAZADO	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACION MEDICO-LABORAL Y PARA-CLINICOS:
SI

APTO PARA DESARROLLAR EL CARGO:
SI

RECOMENDACIONES: SEGUIMIENTO EN LA EPS POR MEDICO GENERAL, NUTRICIONISTA

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS			CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS
VISUAL			USAR PROTECTOR VISUAL NO / SI — DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS NO / SI
CARDIOVASCULAR			RECOMENDACIONES DIETARIAS NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES REMISIÓN NO / SI
AUDITIVO			PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE NO / SI — LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS NO / SI
ERGONÓMICO			HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA NO / SI — LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS NO / SI
RESPIRATORIO			USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES SEGUIMIENTO O REMISIÓN NO / SI
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES REMISIÓN NO / SI
RIESGO PSICO-SOCIAL			HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL NO / SI — MEDIDAS ADICIONALES NO / SI
RIESGO BIOLÓGICO			VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA NO / SI — INMUNIZACIONES ADICIONALES NO / SI

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO

GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C.
MEDICO GENERAL
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
CC 19 193 032
RES. 7919 05/03/2021

FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL

Andres Sierra 1033774059

Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

Huella

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: IPS EN SALUD 1A S.A.S. CON NIT 901.632.469-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR MARIA CLARENA CARDONA R. IDENTIFICADO CON CC. 52.297.105, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA RESERVA Y SOLO CONTENDRÁ LOS DATOS CONCERNIENTES EXCLUSIVOS A LOS ANTECEDENTES Y LAS RAZONES DE SALUD PERSONALES, QUE CONSTITUYEN LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS Y DE DEBEN MANTENERSE SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS. CONFIRMA A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A : IPS EN SALUD 1A S.A.S PARA MANEJAR LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE CON FINES EXCLUSIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL

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	901599248-9	INVERSIONES COBEC SAS	CL 20 5 24 IN 5 AP501	7291400	inversionescobecsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	01/04/2025	85428508	$2.373.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	240.000	0		0		0	0	0	0	240.000	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	20.000	0		0		0	0	0	0	20.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	736.000	0	0	0	0	0	0		736.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	327.200				327.200	0	0	327.200			3.272	327.200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	345.900	0	0	345.900	5

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	340.000	340.000
Pensión	3	1.360.000	1.360.000
Riesgos Laborales	1	327.200	327.200
CCF	1	345.900	345.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.373.100	2.373.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901599248-9	INVERSIONES COBEC SAS		CL 20 5 24 IN 5 AP501	7291400	inversionescobecsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	01/04/2025	85428508	$2.373.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022976412	BOLAÑOS LEIVA JUAN CARLOS	1	0			S																	231001	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	4	113.100	CCF22	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
2	CC	1033774059	SIERRA MENDEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S	X																230301	800.000	128.000	0	0	0	0	EPS017	800.000	32.000	14-11	800.000	5	55.700	CCF22	800.000	32.000	0	0	0	0	0
3	CC	1077083931	JARA ROZO WILSON FERNANDO	1	0			S																	25-14	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	4	113.100	CCF22	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
4	CC	79206576	COBOS CANGREJO ALDEMAR	1	0			S																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
5	CC	79742354	ARIAS ZAMBRANO JORGE	1	0			S	X																230301	500.000	80.000	0	0	0	0	EPSC34	500.000	20.000	14-11	500.000	5	34.800	CCF22	645.850	25.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:16:31 PM horas del 15/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033774059**

Apellidos y Nombres: **SIERRA MENDEZ ANDRES MAURICIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

TIPO DE PÓLIZA: COLECTIVA (100% COMPAÑIA)

FECHA DE SOLICITUD Día	Mes	Año	CERTIFICADO DE	No. CERTIFICADO	No. AGRUPADOR
23	12	2024	EXPEDICIÓN	0	C-10075

VIGENCIA DESDE Día	Mes	Año	Hora	HASTA Día	Mes	Año	Hora	NÚMERO DE DÍAS	FECHA MÁXIMA DE PAGO Día	Mes	Año	PRODUCTO
28	2	2025	00:00	28	2	2026	00:00	365	28	3	2025	AU CUPOS PESADOS BANCO PICHINCHA

TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

DATOS DEL VEHICULO

Zona de Tarifación:	Edad Asegurado:	Genero:	Años Sin Reclamación:
C/MARCA	55	M	4 o más

Tipo:	Marca:	Tipo Vehículo:	Color:	Modelo:	Código:
VOLQUETA	INTERNATIONAL	7600 WORKSTAR [350HP] MT TD 6X4	BLANCO	2.014	03626091

Placas:	Motor:	Chasis:	Servicio:	0 Km:	Total Accesorios :
SOS615	35317474	3HTWYAHT9EN796997	PUBLICO	☐	$

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES % VALOR PERDIDA	DEDUCIBLES MINIMO (SMMLV)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	3.000.000.000,00	10,00 %	2 SMMLV
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS			
MUERTE O LESION A UNA PERSONA			
MUERTE O LESION A DOS O MAS PERSONAS			
PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA		
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	255.100.000,00	10,00 %	
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	255.100.000,00	10,00 %	2 SMMLV
PERDIDA TOTAL POR HURTO	255.100.000,00	10,00 %	
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	255.100.000,00	10,00 %	2 SMMLV
TERREMOTO	SI AMPARA		
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA		
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA		
LUCRO CESANTE	SI AMPARA		
ASISTENCIA EN VIAJE PESADOS	SI AMPARA		
MUERTE ACC 50 MLLS COL	50 Millones		

FACTURA A NOMBRE DE:	BANCO PICHINCHA S.A	FORMA DE PAGO:	MENSUAL AGRUPDOR COLECTIVO

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS	IVA-RÉGIMEN COMÚN	AJUSTE AL PESO	TOTAL A PAGAR EN PESOS
$ 255.100.000,00	$ 7.824.886,37	$ 0,00	$ 1.486.728,41	$ 0,22	$ 9.311.615,00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO (ARTÍCULO 81 Y 82, LEY 45 DE 1990).

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLÁUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 01/08/2023-1306-P-03-VPESADOS/AGT2023–D00I Y PARTICULARES DE AU CUPOS PESADOS BANCO PICHINCHA, LAS CUÁLES PODRÁ CONSULTAR Y/O IMPRIMIR EN NUESTRA PÁGINA www.axacolpatria.co, SIN PERJUICIO DE QUE USTED PUEDA OBTENER UNA COPIA IMPRESA A TRAVÉS DE NUESTRA RED DE OFICINAS A NIVEL NACIONAL, CUANDO ASÍ LO

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.C A LOS 23 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2.024

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

FIRMA AUTORIZADA DIANA INES TORRES - REPRESENTANTE LEGAL

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO			
CODIGO	COMPAÑIA	% PARTICIPACION	PRIMA

INTERMEDIARIOS			
CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
61396	AGCIA DE SEG	NOVA AMERICA BROKERS LTDA	100,00

USUARIO: KBSANDOVALS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 1	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

AXA COLPATRIA ACLARA COLOR :BLANCO

CLAUSULAS:

****

LUCRO CESANTE VEHÍCULOS PESADOS

CLAUSULA DE LUCRO CESANTE VEHÍCULOS PESADOS

HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO
TOMADOR: BANCO PICHINCHA S.A
NIT O CC No.: 890.200.756 - 7
ASEGURADO: ALDEMAR COBOS CANGREJO
NIT O CC No.: 79.206.576

CLAUSULA DE LUCRO CESANTE PESADOS

SI ASÍ SE PACTA EN EL CUADRO DE AMPAROS, EN CASO DE SINIESTRO DEL VEHÍCULO POR DAÑOS O POR HURTO, PARCIAL O TOTAL, EL ASEGURADO RECIBIRA DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., EN ADICIÓN A LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÉRDIDA, LA SUMA DIARIA ESPECIFICADA, LIQUIDADA DE LA SIGUIENTE FORMA SEGÚN EL CASO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO:

AMPAROS

PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 10 DÍAS.

PERDIDA PARCIAL POR HURTO. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 10 DÍAS.

PERDIDA TOTAL POR DAÑOS. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 15 DÍAS

PERDIDA TOTAL POR HURTO. VALOR DÍARIO EN PESOS: 10 S.M.L.D.V. NO. DE DÍAS CONTRATADOS A PARTIR DE : PASADOS 10 DÍAS HÁBILES DE LA RADICACIÓN DEL RECLAMO.
NO. MÁXIMO DE DÍAS: 15 DÍAS

S.M.L.D.V.= SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE A LA OCURRENCIA DEL RECLAMO.

PARA EL CASO DE PERDIDAS PARCIALES EN DONDE EL VEHÍCULO NO SE PUEDA MOVILIZAR POR SUS PORPIOS MEDIOS, SE HACE EFECTIVA LA LIQUIDACIÓN DE LUCRO CESANTE A PARTIR DEL ONCEAVO (11) DÍA HÁBIL DESPUES DE LA RADICACIÓN DEL SINIESTRO, QUE TERMINARÁN EN EL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL VEHÍCULO O AVISO POR ESCRITO POR PARTE DEL TALLER SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO DE DIEZ (10) DÍAS Y SIN SUJECCIÓN AL DEDUCIBLE. EL VALOR MAXIMO INDEMNIZABLE SERA DE CIEN (100) S.M.L.D.V.

PARA EL CASO DE LAS PERDIDAS TOTALES, SE HACE EFECTIVA LA LIQUIDACIÓN DEL LUCRO CESANTE A PARTIR DEL DÍA HÁBIL ONCE (11) DESPUES DE LA FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO Y ENTREGA DEFINITIVA DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA PROPIEDAD DEL VEHÍCULO A NOMBRE DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Y TERMINARÁ CUANDO SE HAGA EFECTIVA LA INDEMNIZACIÓN O LA REPOSICIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTE HAYA CUMPLIDO SUS OBLIGACIONES PARA OBTENER LA REPOSICIÓN, SIN EXCEDER EN NINGÚN CASO DE QUINCE (15) DÍAS Y SIN SUJECCIÓN AL DEDUCIBLE. EL VALOR MÁXIMO INDEMNIZABLE SERÁ DE CIENTO CINCUENTA (150) S.M.L.D.V.

PARAGRAFO: EXCLUSIVAMENTE PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA FECHA DE INICIO DE LIQUIDACIÓN DEL LUCRO CESANTE EN LAS PERDIDAS PARCIALES, SE ASUME QUE LA FECHA DE RADICACIÓN Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO, ES LA MISMA FECHA DE ENTREGA AL TALLER. PARA LOS VEHÍCULOS QUE SE MOVILIZAN POR SUS PROPIOS MEDIOS Y NO SE CUMPLA LA CONDICIÓN ANTERIOR, ES RESPONSABILIDAD DIRECTADEL ASEGURADO O CONDUCTOR, Y SE TOMARÁ COMO FECHA DE INICIO DE LIQUIDACIÓN LA FECHA DE ENTRADA DEL VEHÍCULO AL TALLER.

****

ANEXO OBLI

AMPARO OPCIONAL DE OBLIGACIONES FINANCIERAS PARA VEHÍCULOS PESADOS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 2	
TOMADOR DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000
ASEGURADO DIRECCIÓN	ALDEMAR COBOS CANGREJO CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	CC TELÉFONO	79.206.576 3133867739
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000

1. AMPARO

PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PRESENTE ANEXO, Y NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, AXA COLPATRIA INDEMNIZARA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, EN CASO QUE EL VEHÍCULO ASEGURADO SUFRA UNA PARALIZACIÓN EN SU OPERACIÓN DE TRANSPORTE QUE SUPERE LOS DIEZ (10) DIAS CORRIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA, CAUSADA A CONSECUENCIA DE TRABAJOS DE REPARACIÓN DE SINIESTROS DE PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS POR ACCIDENTE Y/O DAÑOS POR HURTO AMPARADOS POR LA PÓLIZA ARRIBA CITADA, PAGO QUE SE HARÁ ÚNICAMENTE RESPECTO DEL MES O FRACCION DE MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

2. EXCLUSIONES

ESTA POLIZA NO CUBRE PARALIZACIONES DERIVADAS DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

a. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO POR REPOSICIONES Y/O REPARACIONES DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE PERDIDAS PARCIALES POR DAÑOS O HURTO.

b. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ASEGURADO POR PERDIDAS PARCIALES POR DAÑOS O DAÑOS POR HURTO QUE POR CUALQUIER CAUSA NO SE ENCUENTREN AMPARADOS BAJO LA COBERTURA DE LA POLIZA A LA QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

c. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORDENADAS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, AUNQUE PREVIA A ESTA SITUACION SE HAYA PRODUCIDO UNA PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS O HURTO ASEGURADA E INDEMNIZABLE.

d. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORIGINADAS EN LABORES DE MANTENIMIENTO EXCLUSIVAMENTE.

e. PARALIZACIONES DEL VEHÍCULO ORIGINADAS EN LABORES DE MEJORAMIENTO, MODERNIZACION, REPOTENCIACION O DEMORAS EN LA REPARACIÓN OCASIONADAS POR EL ASEGURADO.

f. CUANDO EL VEHÍCULO HAYA SIDO INGRESADO AL PAIS DE CONTRABANDO, O NO ESTE MATRICULADO DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE TRANSITO HAYA SIDO OBJETO MATERIAL DE UN ILICITO CONTRA EL PATRIMONIO DE LAS PERSONAS, ANTES DE ASEGURARSE, SEAN ESTAS CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS O NO PREVIAMENTE POR EL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO SIN IMPORTAR QUE ESTOS HAYAN PARTICIPADO O NO EN TALES HECHOS.

g. CUANDO SE TRANSPORTEN MERCANCÍAS AZAROSAS, INFLAMABLES O EXPLOSIVAS, SALVO PREVIA NOTIFICACIÓN Y LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

h. CUANDO EL VEHÍCULO ASEGURADO SEA USADO O APREHENDIDO POR CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL.

i. CUANDO EL VEHICULO ASEGURADO SEA EMBARGADO Y POSTERIORMENTE SECUESTRADO COMO CONSECUENCIA DE HABERSE DECRETADO SOBRE EL UNA MEDIDA CAUTELAR.

j. CUANDO EL VEHÍCULO SE HAYA SOBRECARGADO O SE EMPLEE PARA USO DISTINTO AL ESTIPULADO EN ESTA POLIZA, O SE DESTINE A LA ENSEÑANZA DE CONDUCCIÓN O PARTICIPE EN COMPETENCIA O ENTRENAMIENTO AUTOMOVILISTICO DE CUALQUIER INDOLE O CUANDO REMOLQUE OTRO VEHÍCULO, O PARTICIPE EN HUELGAS O PAROS DE TRANSPORTADORES.

k. AQUELLAS OTRAS EXCLUSIONES PARTICULARES QUE EXPRESAMENTE PACTEN EL TOMADOR Y LA COMPAÑÍA.

L. AXA COLPATRIA NO INDEMNIZARA POR ESTA CLAUSULA CUANDO EL VEHICULO ASEGURADO SEA OBJETO DE PERDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR HUELGAS, AMOTINAMIENTOS, CONMOCION CIVIL, ASONADA, REBELIÓN, SEDICIÓN, LEVANTAMIENTOS POPULARES, PAROS, CESE DE ACTIVIDADES, SABOTAJE, TERRORISMO Y MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O AL MARGEN DE LA LEY, CUANDO ESTOS EVENTOS ESTEN CUBIERTOS POR POLIZAS QUE EL GOBIERNO NACIONAL CONTRATE CON CUALQUIER AXA COLPATRIA O ASUMA A TRAVES DE UN FONDO ESPECIAL DE MANERA PERMANENTE O TRANSITORIA.

M. AXA COLPATRIA NO INDEMNIZARA POR ESTA CLAUSULA EL LUCRO CESANTE QUE SE PRODUZCA EN EL PATRIMONIO DEL ASEGURADO POR LA PARALIZACION DEL VEHICULO; TAMPOCO INDEMNIZARA INTERESES MORATORIOS DEL CRÉDITO.

PARAGRAFO: ADICIONALMENTE A LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN ESTA COBERTURA, OPERARAN LAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

3. SUMA ASEGURADA

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 3	
TOMADOR DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000
ASEGURADO DIRECCIÓN	ALDEMAR COBOS CANGREJO CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	CC TELÉFONO	79.206.576 3133867739
BENEFICIARIO DIRECCIÓN	BANCO PICHINCHA S.A OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	NIT TELÉFONO	890.200.756 - 7 6501000

LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDERA AL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CREDITO, CUOTA QUE EN NINGUN CASO DEBE SUPERAR LA SUMA DE 5 SMMLV; HASTA UN LIMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN DE TRES (3) CUOTAS POR EVENTO; Y HASTA DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

4. PAGO DE INDEMNIZACIONES

AXA COLPATRIA INDEMNIZARA HASTA LA SUMA ASEGURADA EL VALOR DE LAS CUOTAS MENSUALES ASEGURADAS O POR FRACCIONES PROPORCIONALES AL TIEMPO DE MES QUE PERMANEZCA PARALIZADO EL VEHÍCULO POR RAZÓN DE LA REPARACIÓN PARCIAL AMPARADA, DIRECTAMENTE A LA ENTIDAD FINANCIERA QUE APAREZCA EN LA POLIZA COMO BENEFICIARIO ONEROSO Y/O POR REEMBOLSO AL ASEGURADO CUANDO ESTE PRESENTE CERTIFICACION ORIGINAL DE LA ENTIDAD FINANCIERA DONDE CONSTE EL PAGO. EN NINGUN CASO SE RECONOCERAN COMO PARTE INTEGRANTE DE LA CUOTA O FRACCIÓN LOS EVENTUALES INTERESES MORATORIOS.

5. DELIMITACION DEL RIESGO ASEGURADO

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE QUE EL PERIODO DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO CUBIERTO POR ESTE AMPARO COMIENZA EN LA FECHA DE INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA CON EL UNICO FIN DE DEJAR EL VEHÍCULO EN CONDICIONES SIMILARES A LAS ANTERIORES AL SINIESTRO; Y TERMINA EN LOS SIGUIENTES CASOS: A) EN LA FECHA DE LA FINALIZACION DE LAS LABORES DE REPARACIÓN (SIEMPRE Y CUANDO NO SE PRODUZCAN DEMORAS ATRIBUIBLES AL ASEGURADO O AUTORIDAD COMPETENTE); B) EN LA FECHA EN QUE AXA COLPATRIA HAGA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LA PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS O DE DAÑOS POR HURTO EN DINERO CONFORME CON LO PREVISTO EN LA CONDICION 3.5.2 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE VEHICULOS PESADOS.

6. ALCANCE Y FORMALIZACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

EL RECONOCIMIENTO DE LAS CUOTAS O FRACCIONES CORRESPONDIENTES A LA OBLIGACION FINANCIERA, SE HARA SIEMPRE Y CUANDO HAYA TRANSCURRIDO POR LO MENOS DIEZ (10) DIAS DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO EN EL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA Y SIEMPRE QUE SE HAYA FORMALIZADO EL RECLAMO CON LA ENTREGA POR PARTE DEL ASEGURADO DE LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL VALOR DE LA CUOTA O FRACCIÓN Y LOS DEMÁS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA PARCIAL AMPARADA. EN TODO CASO, EL PAGO DE LA CUOTA O FRACCIÓN SOLO SERÁ EXIGIBLE RESPECTO DEL MES O FRACCION DE MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

EL PAGO PODRA SER PROPORCIONAL, POR FRACCIONES DE MES, CON SUJECIÓN A LA SUMA ASEGURADA Y HASTA POR UN LÍMITE MÁXIMO DE TRES (3) CUOTAS POR EVENTO.

AXA COLPATRIA HABRA CUMPLIDO SU OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, CUANDO HAYA PAGADO LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN ESTE ANEXO COMO VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DE AMORTIZACIÓN O FRACCION, LO CUAL HARA RESPECTO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DEL INGRESO AL TALLER DESIGNADO POR AXA COLPATRIA.

ES RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL ASEGURADO O CONDUCTOR EL INGRESO AL TALLER DEL VEHICULO ASEGURADO.

LAS DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA DE VEHICULOS PESADOS NO MODIFICADAS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

****

TERREMOTO

EN EL EVENTO DE SINIESTRO LOS DEDUCIBLES PARA LA COBERTURA DE TERREMOTO SE APLICARAN LOS MISMOS DE LA COBERTURA DE DAÑOS (PARCIAL O TOTAL)

****

CLAUSULADO

EL CLAUSULADO DE ESTE PRODUCTO LO PUEDE ENCONTRAR INGRESANDO A LA PÁGINA WEB www.axacolpatria.co EN LA SIGUIENTE RUTA: PRODUCTOS PARA PERSONAS – SEGUROS DE AUTO – CONSULTA DE CLAUSULADO.

****

CLAUSULA S

CLAUSULA DE SANCIONES

LA ASEGURADORA NO ESTARÁ OBLIGADA A PROVEER COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR CUALQUIER RECLAMACIÓN O PROPORCIONAR ALGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE LA PRESTACIÓN DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE DICHA RECLAMACIÓN O LA DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO, EXPONGA A LA ASEGURADORA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN SEGÚN LAS

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 4	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES DE COMERCIO O ECONÓMICAS, LEYES O REGLAMENTOS DE LA UNIÓN EUROPEA, REINO UNIDO O ESTADOS UNIDOS.

****

CLÁUSULA ONEROSO AUTOMOVILES

SE ENDOSA LA PRESENTE POLIZA A FAVOR DE: BANCO PICHINCHA S.A CON NIT. 890.200.756 - 7 COMO BENEFICIARIO ONEROSO SOBRE LAS RECLAMACIONES TOTALES PROVENIENTES DE DAÑOS FÍSICOS Y PÉRDIDA DEL VEHÍCULO, HASTA POR EL VALOR COMERCIAL DEL VEHÍCULO EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO.

ESTA PÓLIZA SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE SOLO CUANDO EXISTA BENEFICIARIO ONEROSO, EN TODO CASO, EL TOMADOR DEL SEGURO ESTÁ OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES CONTANDO A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN A LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EN TODO CASO LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR, MODIFICAR O NO RENOVAR LA PÓLIZA, NOTIFICANDO AL BENEFICIARIO ONEROSO EN SU ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA, CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN.

EN CASO DE SINIESTRO QUE AFECTE EL AMPARO DE PÉRDIDAS TOTALES SE GIRARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN AL BENEFICIARIO ONEROSO HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA MÁXIMO HASTA EL VALOR COMERCIAL DEL VEHÍCULO EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO Y LOS EXCESOS SI LOS HUBIERE SERÁN PAGADOS DIRECTAMENTE AL ASEGURADO.

AVISO DE OCURRENCIA DE SINIESTRO AL BENEFICIARIO ONEROSO EN CASO DE PERDIDA TOTAL POR DAÑO O POR HURTO: AXA COLPATRIA NOTIFICARÁ AL BENEFICIARIO ONEROSO A LA DIRECCIÓN REGISTRADA, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL AVISO DEL SINIESTRO

****

RESPONSABILIDAD CIVIL

EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATADO EN ESTA PÓLIZA, SE PRESENTA COMO LÍMITE ASEGURADO ÚNICO, QUE CUBRE LAS INDEMNIZACIONES POR: DAÑOS A BIENES DE TERCEROS, MUERTE O LESIÓN A UNA PERSONA, MUERTE O LESIÓN A DOS O MÁS PERSONAS. EN TODO CASO, EL VALOR DEL DAÑO GENERADO SUMADO POR CADA UNO DE ESTOS RUBROS NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO.

****

CLAUSULAS

SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 1058 DEL C.CIO., EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR EL ASEGURADOR. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR EL ASEGURADOR, LO HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

- SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

- SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO EL ASEGURADOR SÓLO ESTARÁ OBLIGADO, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTE RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160.

- LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTE ARTÍCULO NO SE APLICAN SI EL ASEGURADOR, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

****

AVISO DE TERMINACIÓN POR MORA: AXA COLPATRIA AVISARÁ DE INMEDIATO AL BENEFICIARIO ONEROSO DEL PRESENTE SEGURO LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO POR EL NO PAGO DE LA PRIMA.

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

POLIZA DE SEGURO DE AUTOMOVILES

CERTIFICADO DE : EXPEDICIÓN		HOJA ANEXA No. 5	
TOMADOR	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000
ASEGURADO	ALDEMAR COBOS CANGREJO	CC	79.206.576
DIRECCIÓN	CL 20 5 24 AP 501 IN 5 AP 501, SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	3133867739
BENEFICIARIO	BANCO PICHINCHA S.A	NIT	890.200.756 - 7
DIRECCIÓN	OF PRINCIPAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	6501000

POR LO ANTERIOR SE COBRA LA PRIMA INDICADA.

********** **FIN POLIZA** **********

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

Cod. Sucursal	Nombre Sucursal	Ramo	POLIZA No.
29	BANCASEGUROS	10	1396286

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INCIAL :	$	9.311.615,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		MENSUAL AGRUPDOR COLECTIVO

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO	
28/03/2025	$	775.968,00
28/04/2025	$	775.968,00
28/05/2025	$	775.968,00
28/06/2025	$	775.968,00
28/07/2025	$	775.968,00
28/08/2025	$	775.968,00
28/09/2025	$	775.968,00
28/10/2025	$	775.968,00
28/11/2025	$	775.968,00
28/12/2025	$	775.968,00
28/01/2026	$	775.968,00
28/02/2026	$	775.968,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA (30) TREINTA DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTA D.C EN DICIEMBRE 23 DE 2.024

AXA COLPATRIA SEGUROS S. A.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269150820

PIB
15:11:14

Bogotá DC, 15 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDRES MAURICIO SIERRA MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033774059:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10025864261

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
SOS615	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16500

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35317474	N	3HTWYAHT9EN796997

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
3HTWYAHT9EN796997	N	3HTWYAHT9EN796997	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
COBOS CANGREJO ALDEMAR	C.C. 79206576

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
192013000086845	I	21/10/2013	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO PICHINCHA S.A

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
02/11/2013	20/04/2022	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUND/SIBATE



LT07001466441

SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	12	06	2024	12	07	2025	12	06

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
3551003554603	SOS615	VOLQUETA	PÚBLICO	10831	2014

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
0	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	13

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35317474	3HTWYAHT9EN796997	3HTWYAHT9EN796997	16.5

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ALDEMAR COBOS CANGREJO	3133867739	CC	79206576	SOACHA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
45268	9310	45268	3551003554603	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$1,162,400.00	$604,400.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,768,900.00

FIRMA AUTORIZADA

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

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

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 177167915

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ SANTA LIBRADA SAS
SIGLA: CDA SANTA LIBRADA SAS

NIT: 900554707

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-033-001

Fecha de expedición: 2024/11/13

Fecha de vencimiento: 2025/11/13

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SOS615	**CLASE:**	VOLQUETA
MARCA:	INTERNATIONAL	**MODELO:**	2014
SERVICIO:	Público	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	10831	**NRO. MOTOR:**	35317474
NRO. CHASIS:	3HTWYAHT9EN796997	**VIN:**	3HTWYAHT9EN796997
LÍNEA:	7600 SBA 6X4		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: ALDEMAR COBOS C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS CARLOS PALOMINO RINCON

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Importación

Privada **500**

1. Año **2019**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352019000147085-8

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
830116807	7	PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
DG 16 96 G 85 FONTIBON	4182688	35	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830003960	0	AGENCIA DE ADUANAS COLMAS S.A.S.NIVEL 1	26	0072

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
98385593	PAY GONZALEZ CARLOS FERNANDO

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	25578	No. 116575009851695	2019 - 04 - 03	No. 190309140044	2019 - 03 - 03

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
ONAGA SHOJI CO LTD	KOBE	399

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
4-7 KOYO-CHO HIGASHI-HIGASHINADA	81788580931

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
20460	2019 - 02 - 20	399	1	351	11	MEDITERRANEAN SHIPPING COMPANY COLOMBIA S.A.	3,082.45

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	399	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
03	01	399	4,310.00	4,310.00	YY	6	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
14,630.66	270.29

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
13.90	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
284.19	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
14,914.85	L	40009291

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2019	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93 45,974,279	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 19.00	98 45,974,279	99 8,735,000	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0	113 0	114 0	115 0	116 0
Sancion	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125 8,735,000		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 22010021799-001 PEDIDO TRAMITE: C009-2019 DECLARACION(1-3) MERCANCIA USADA; LICENCIA DE IMPORTACION LIC-40009291-20190308N DE 2019-03-08, VISTO BUENO ICA FITOSANITARIO VIFS-2019-04089 DE 2019-03-07, CON MODIFICACION LIC-40009291-20190308N.M01 DE 2019-03-21, VISTO BUENO ICA FITOSANITARIO VIFS-2019-05122 DE 2019-03-21 TASA DE CONVERSIÓN YEN JAPONES: 0.00911 COD UAP 1245 NOS ACOGEMOS AL DECRETO 272 DEL 2018, CUMPLE CON NORMA DE ETIQUETADO SEGÚN RESOLUCIÓN 497 DE 2013; NOS ACOGEMOS A RES 7408 DE 2010; DOCUMENTO FITOSANITARIO DRFI SV-004968-19 DE 2019-03-19. PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS, MARCA: HITACHI, MODELO: ZX40U-2, REFERENCIA: ZX40U-2, USO O DESTINO: INDUSTRIAL PARA REALIZAR EXCAVACION Y MOVIMIENTOS DE TIERRA, SERIAL: HCM1M(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352019000147085 133. Feha: 2019 03 28

134. Levante No. 352019000117748	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2019 - 04 - 05		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	**980. Pago Total $** **0** 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92351910492681 Fecha presentación 2019-03-28 17:44:23 Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2019-04-05 14:26:08

20193407276299

DIAN Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales REPÚBLICA DE COLOMBIA	MUISCA	**Declaración de Importación**	Aceptación : **352019000147085-8** Subpartida : **8429520000** Página 1 de 1

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

```
900C00010743, AÑO DE FABRICACION: 2005, AÑO DEL MODELO: 2005, MOTOR MARCA: YANMAR, MODELO DEL MOTOR: 4TNV88-N, SERIAL DEL MOTOR:
4TNV88-21543, COLOR: NARANJA, PRECIO CUANDO NUEVA: USD 33000, CON PARTES Y ACCESORIOS PARA SU PUESTA EN MARCHA Y NORMAL FUNCIONAM
IENTO, INCLUYE: ACOPLE RAPIDO Y CUCHARON (HYDRAULIC EXCAVATOR) CANT (1) U (ITEM 1).XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
```

352019000147085-8	Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

Inscripción Trabajador

RADICADO

Número de Trámite
2500038366

Fecha
20/01/2025 14:18:19

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901627795

Dígito de Verificación *
7

Razón Social
CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
○ Si ◉ No

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
80089615

Primer Apellido *
CASTIBLANCO

Segundo Apellido
SANABRIA

Primer Nombre *
EDWIN

Segundo Nombre
GIOVANNI

Correo Electrónico *
dsanabria381@gmail.com

Fecha de Expedición *
18/08/1999

Lugar de Expedición
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
05/08/1981

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Masculino

Dirección de Correspondencia *
KR 6 163 D 36
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono

Celular
3023686106

Fecha Inicio de Contrato *
2025-01-20

Total Horas Mes *
230

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *

1423500

Departamento Sede de Trabajo *

Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *

BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

SI NO

Trabaja en Otra Empresa *

SI NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

SI NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Enviar

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80089615
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

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

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los cinco (5) días del mes de Septiembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

1674581 - 05/09/2023
No Y FECHA REGISTRO

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número
9209002701011202231CC80089615C

Especificaciones

Aviso: Todos los datos listados son verificados por el equipo de LECTURA Specs. Sin embargo, puede haber datos incompletos o contener errores. Póngase en contacto con nuestro equipo con cualquier sugerencia de cambio.

Peso	**4.76 t**	Longitud de transporte	**3.24 m**
Anchura transporte	**1.96 m**	Altura de transporte	**2.51 m**
Capacidad cuchara	**0.14 m³**	Ancho cuchara	**0.55 m**
Anchura orugas	**400 mm**	Protección para el conductor	**KbR**
Max. Alcance lateral	**6.05 m**	Profundidad de excavación	**3.66 m**
Fuerza de rotura	**21 kN**	Model Series	**ZAXIS**
Fabr. del motor	**Yanmar**	Modelo de motor	**4TNV88**
Rendimiento de motor	**29.8 kW**	Cilindrada	**2.189 l**
Revoluciones	**1500 rpm**		

Modelo base con cuchara de retro estándar

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 60865

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC105442	HITACHI	ZX40U-2	2005

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	HCM1M900C00010743

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	4TNV88-21543	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
4310 Kg	2510 mm	1060 mm	5340 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
CARDONA SUAREZ CRISTIAN FERNANDO	C.C. 1.053.774.999

Powered by CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
02-08-2019	02-08-2019	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352019000147085	05/04/2019

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM02000033[illegible]

Powered by CamScanner

Medellín, 20 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80089615	CASTIBLANCO SANABRIA EDWIN GIOVANNI	21/01/2025		13426180	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/01/2025 14:01:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.60.242.77, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80.089.615
CASTIBLANCO SANABRIA
APELLIDOS
EDWIN GIOVANNI
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-AGO-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00006701-M-0080089615-20080430
0000205992A 1
1340001213

COMPENSALUD

IPS E.U. NIT.900339158-6
Código Prestador de servicios N°1100112762-02

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 12-03-2024	**EXAMEN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS DE INGRESO**	
NOMBRE: EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA		
DOCUMENTO: 80089615		
EDAD:42 RH: O+ PESO: 65KG		
EMPRESA: CME INGENIERIA & SERVICIOS SAS		
CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA		

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS:

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
GLICEMIA	**NORMAL**
PERFIL LIPIDICO	**NORMAL**
OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**
AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)	**NORMAL**
OPTOMETRÍA	**NORMAL**
ESPIROMETRÍA	**NORMAL**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS EN ALTURAS	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
OPTOMETRIA	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
ESPIROMETRÍA	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	**SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL**

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: A LA FECHA HACEMOS CONSTAR QUE EL TRABAJADOR FUE EXAMINADO Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON LOS SIGUIENTES:

APTO: SI	**APTO CON RESTRICCIÓN: NO**	**NO APTO: NO**	**APLAZADO: NO**
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI		**APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS: SI**	
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SI			

RECOMENDACIONES:

CONTROL EPS	**SI**	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PESONAL	**SI**	
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	**SI**	

OTRAS RECOMENDACIONES: USO DE LOS E.P.P. FRENTE A LA PANDEMIA DEL COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN EL EXAMINADO CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO SOBRE SUS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE SU ESTADO DE SALUD, Y QUE TODA INFORMACIÓN EXPRESADA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA.

Dr. Francisco Javier Gómez Pinilla
U. Nacional
Médico Cirujano
Profesional 11033 Minsalud
Médico Distrital 7972
Cund. Ret. 25-2540

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA PACIENTE:

C.C. N._____ HUELLA

Declaración de confidencialidad: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud ocupacional de la empresa contratante del servicio en concordancia con la resolución 2346 de julio del 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014002089	2|0|0|1|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CASTIBLANCO Primer apellido	SANABRIA Segundo apellido	EDWIN Primer nombre	GIOVANNI Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80089615	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			0|5|0|8|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 164 6 29		3216521014	EDWINCASTIBLANCO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	PUENTE ARANDA	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CME INGENIERIA SERVICIOS SAS	NIT	901627795	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 127 C NO 3 40 IN 5	8214908	CMEINGENIERIA.SAS@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014002089

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

COMPESALUD

IPS E.U.NIT. 830.136.311-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762-02
Licencia en Salud Ocupacional No. 10722 de 08/11/08

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA: 18/10/2024

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]
INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: CASTIBLANCO SANABRIA EDWIN GIOVANNI **Sexo:** [M]
Documento de Identidad: C.C. [X] **T.I.** [ ] **C.E.** [ ] **Numero**: 80.089.615 **Edad:** 43 AÑOS
Eps: SALUD TOTAL **Cargo:** OPERADOR
Empresa: OSCAR NICOLAS AVENDAÑO RODRIGUEZ **NIT:** 80544735-0

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	

HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.56 CM	PESO	65 KG

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento: SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

HUELLA

Medico

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

Paciente

Firma: ***Firma:***
Nombre: Dr. CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ S. **Nombre:**
Reg. Medico 11409-2014 C.C. 52.503.829 **Doc. No.:**

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

OCUPACIONAL SALUD

NIT. 4512479-3



CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 21 DE ENERO 2025

NOMBRE: EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA

CC/ID: 80089615

Tipo de Examen: INGRESO: [X] PERIÓDICO: [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X]

INFORMACION GENERA

EMPRESA: CME INGENIERIA & SERVICIOS SAS

NIT: 901627795-7

CARGO: OPERADOR MAQUINARIA

RESULTADO EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

OPTOMETRÍA	NORMAL	COLESTEROL SI
ESPIROMETRÍA	NORMAL	TRIGLICERIDOS SI
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	GLICEMIA SI
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	QUÍMICA PARÁMETROS NORMALES SI
HEMOCLASIFICACIÓN O+	ESTATURA: 1,56/PESO: 68KL	AUDIOMETRÍA NORMAL

CONCLUSIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXÁMEN DE INGRESO	SI	NO	EXÁMEN PERIÓDICO	SI	NO
APTO SIN RESTRICCIONES	X		APTO PARA SEGUIR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXÁMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACIÓN EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISIÓN A EPS		

EXÁMEN DE RETIRO	SI	NO
e encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		X
Estas alteran la futura capacidad laboral del trabajador?		X

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, me han informado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido que analizar los beneficios y la interpretación de limitación y riesgo del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas de proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por este examen son completas y verídicas, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Se autoriza al trabajador para laborar, en alturas y espacios confinados según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 del 23 de Julio de 2021

SI(X) NO( )

PACIENTE APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (SI)

Javier Moreno Ramos

Especialista en Salud Ocupacional

Licencia RM 3235/2017

FIRMA DEL MÉDICO



FIRMA DEL PACIENTE

Transv. 74F No. 40B-06
Cel.: 313 892 4481
asesoria@ocupacionalsalud.com
Verificaciones:
www.ocupacionalsalud.com

Powered by CamScanner

HOJA DE VIDA HITACHI ZX 40U CME INGENIERIA Y SERVICIOS

CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	HOJA DE VIDA Y CONTROL OPERATIVO DE VEHICULOS Y MAQUINARIAS	PAGINA 1 DE 1
	FECHA EMISIÓN: AGOSTO 10/2024	

INGENIERIA Y SERVICIOS S.AS.
NIT 901627795-7

EXCAVADORA HITACHI 40U



FICHA TECNICA

Marca:	HITACHI 40U	
Referencia o serie:	MC 063471	
Modelo:	2006	
Placa ZX 40U-2		
No. Motor:	S9D527E-6	
Tipo de Carrocería:		
Número de Ejes:		
Color:	NARANJA	
Dimensiones:	Largo:	3,20M
	Ancho:	2,70M
	Alto:	2,20M
Tarjeta de Propiedad:	MANRIQUE MENDEZ S.A.S	
Fecha de la Adquisición:	2010	
Nombre de Proveedor:	PARTEQUIPOS	

CARACTERÍSTICAS

Potencia:	100HP
Peso:	4 TONELADAS
Capacidad:	1,5 TONELADAS

CONDUCTORES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELEFONO	FECHA: DE / HASTA	PASE DE CONDUCCIÓN
FERNANDO VARGAS	10.255.230	3134701882	OCTUBRE 2021/2023	SI
FERNANDO VARGAS	10,255,230	3134701882	OCTUBRE 2023/DICI 2023	SI
GONZALO MARENTES	79257113	3103075243	ene-24	SI
FERNANDO VARGAS	10,255,230	3134701882	mar-24	SI
			ago-24	

FICHA DE CONTROL OPERATIVO

LUGAR/ OBRA	FECHA	INICIO	FINAL	ENCARGADO
ACUEDUCTO	BACHUE	mar-23	ago-23	CESAR MANRIQUE
ACUEDUCTO	QUIRIGUA	oct-23	dic-23	CESAR MANRIQUE
CAPITAL CHIA	CHIA	feb-24	mar-24	CESAR MANRIQUE
HIDRO INGENIERIA	USAQUEN	jun-24	jul-24	CESAR MANRIQUE

PROGRAMA Y CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS. CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS

FICHA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

No.	REQUERIMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO TIPO	FRECUENCIA	FECHAS DE MANTENIMIENTO 1	2	3	4
1	Sistema Electrico (baterias, luces, encendido)	Mensual	mar 28-24	junio 25-24	ago 29-24	
2	Sistema Hidraulico (Frenos, mangueras, cilindros de elevacion e inclinacion, radiador)	Mensual	mar 28-24	junio 16-24	ago 16-24	
3	Nivel de aceite hidraulico y del motor	Mensual	mar 28-24	junio 28-24	ago 29-24	
4	Sistema Mecanico (transmision, caja de cambios, engranajes, ejes, llantas, correas,	Mensual	mar 28-24	junio 13-24	ago 19-24	
5	Tablero de controles (chequeo de indicadores, testigos, interruptores)	Diario	diario	diario	diario	
6	Controles manuales y pedales	Diario	diario	diario	diario	
7	Cabina (silla, cinturon, ventanas, espejos)	Semestral	mar 28-24	junio 16-24	ago 28-24	
8	Zapatas de apoyo (chequeo) y engrase de todos los puntos de articulacion.	Diario	diario	diario	diario	
9	Motor (Cambio de aceite, agua, engrasolinado)	Por horas de trabajo	mar 28-24	junio 16-24	ago 21-24	

Rv
CESAR MANRIQUE

ULTIMO MANTENIMIENTO CME INGENIERIA Y SERVICIOS

No.	MANTENIMIENTO TIPO	FRECUENCIA	FECHAS DE MANTENIMIENTO 1	2	3	4
1						
2	CAMBIO DE ACEITE Y FLTROS MOTOR 15 W40	280 HORAS	MAY 28-24	JULIO 28-24	AGTO 18-27	
3	LIMPIEZA DE TANQUE COMBUSTIBLE	500 HORAS	MAY 28-24	JULIO 30-24	AGTO 25-24	
4	CAMBIO MANGUERAS DE ACPM POR PRESENTAR DESGASTE	ANUAL	MAY 28-24	JULIO 30-24	AGTO 25-24	
5						
6						
7						
8						
9						

NOTA: LA MAQUINA QUEDA OPERATIVA, PENDIENTE SENSOR DE ACELERACION, PENDIENTE POR IMPORTACION.

Rv
CESAR MANRIQUE ESLAVA

CALLE 181 N°8-52 TEL 3214473255
E-MAIL cmeingenieria.sas@gmail.com
BOGOTÁ D.C

Powered by CamScanner

EDWIN GIOVANNY CASTIBLANCO SANABRIA
C.C. 80.089.615 DE BOGOTA



Dirección: Diagonal 164 # 6 - 29
Teléfono: 3023686106
Fecha de Nacimiento: Agosto 5 de 1981
Estado Civil: Soltero

OBJETIVO

Poner a consideración mi nombre y de ante mano mis servicios en procura de cumplir con el perfil por ustedes deseado y así entrar a aportar en forma directa y positiva la proyección de tan importante empresa.
Soy responsable, Honesto, Optimista, y constante para desempeñarme en las labores encomendadas.

ESTUDIOS REALIZADOS

COLEGIO DIVINO MAESTRO
Grado 5º
Bogotá 1996

COLEGIO FERNANDO MAZUERA
Bachiller Académico 11º
Bogotá 2000

EXPERIENCIA LABORAL

RICARDO LARA
Cargo: Operador retro excavadora
Jefe Inmediato: RICARDO LARA
Tiempo Laborado: 4 Años
CEL 3133894053

ING. FABIO RAMIREZ
Cargo: Operador de retro excavadora
Jefe Inmediato: Fabio Ramírez
Tiempo laborado: 5 años
Tel: 3173002849

ING. SAMUEL GORDILLO
Cargo: Operador de retro excavadora
Jefe Inmediato: Samuel Gordillo
Tiempo laborado: 4 años
TEL: 3102162169

REFERENCIAS PERSONALES

Flor Alba Laguna Martínez
Teléfono: 3003634619

Moisés Sánchez Pérez
Teléfono: 3134634803 – 3203593513

Carlos Enrique López Moreno
Teléfono: 3015915838

REFERENCIAS FAMILIARES

José Fredy Moreno Sanabria
Teléfono: 3023688522

Luz Marina Sanabria Macías
Teléfono: 3105890128

_____
EDWIN GIOVANNY CASTIBLANCO SANABRIA
C.C. 80.089.615 de Bogotá

INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.
NIT 901627795-7

CERTIFICADO DE IDONEIDAD

El señor, **EDWIN GIOVANNI CASTIBLANCO SANABRIA** identificado con cedula de ciudadanía número 80.089.615 de Bogotá, es técnico en conducción de **EXCAVADORA DE ORUGA TIPO 40**. En la actualidad opera una EXCAVADORA 40, Con una experiencia de 20 años, tiempo durante el cual ha sabido operar de manera eficiente y responsable su equipo.

Se expide la presente certificación a solicitud de los interesados a los (12) días del mes de Marzo del año 2024

Cordialmente

CESAR MANRIQUE
C.C 79.649.527 Bogotá
REP.LEGAL

CALLE 181 N°8-52 TEL 3214473255
E-MAIL cmeingenieria.sas@gmail.com
BOGOTÁ D.C

Powered by CamScanner

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 901627795	7	CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PAGOS	CLL 127C 3 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214907	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1423201442	9484870146	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCOLOMBIA	0	$2,564,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PAGOS (7 Afiliados)																							**$8,303,750**	**$1,328,800**			**$9,727,250**	**$389,500**			**$9,727,250**	**$389,500**			**$9,727,250**		**$456,900**		**$0**	**$0**		**$2,564,700**
Centro de Trabajo: OBRA (4 Afiliados)																							**$5,456,750**	**$873,200**			**$5,456,750**	**$218,500**			**$5,456,750**	**$218,500**			**$5,456,750**		**$379,900**		**$0**	**$0**		**$1,690,100**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							**$5,456,750**	**$873,200**			**$5,456,750**	**$218,500**			**$5,456,750**	**$218,500**			**$5,456,750**		**$379,900**		**$0**	**$0**		**$1,690,100**
1	CC	80089615	CASTIBLANCO EDWIN																		23100 1	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	Si	$440,900
2	CC	1084787902	CHIQUILLO ANDRES	X																	23030 1	25	$1,186,250	$189,800	EPS041	25	$1,186,250	$47,500	CCF21	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	6.960%	$82,600	25	$0	$0	Si	$367,400
3	CC	80086238	ROJAS JOHN																		23030 1	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	Si	$440,900
4	CC	10255230	VARGAS FERNANDO																		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	Si	$440,900
Centro de Trabajo: PAGOS (1 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**		**$62,000**		**$0**	**$0**		**$403,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**		**$62,000**		**$0**	**$0**		**$403,800**
5	CC	80421435	MORALES MIGUEL																		23100 1	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	4.350%	$62,000	30	$0	$0	Si	$403,800
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$2,847,000**	**$114,000**			**$2,847,000**	**$114,000**			**$2,847,000**		**$15,000**		**$0**	**$0**		**$470,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$2,847,000**	**$114,000**			**$2,847,000**	**$114,000**			**$2,847,000**		**$15,000**		**$0**	**$0**		**$470,800**
6	CC	79649527	MANRIQUE CESAR																		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	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
7	CC	39790143	MENDEZ SANDRA																			0	$0	$0	EPS008	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	Si	$121,500
Total			**Afiliados(7)**																				$8,303,750	$1,328,800			$9,727,250	$389,500			$9,727,250	$389,500			$9,727,250		$456,900		$0	$0		$2,564,700

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 901627795	7	CME INGENIERIA Y SERVICIOS SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PAGOS	CLL 127C 3 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214907	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1423201442	9484870146	E	2025/04/24	2025/04/21	BANCOLOMBIA	0	$2,564,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$1,328,800	$0	$0	$1,328,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$455,600	$0	$0	$455,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$417,600	$0	$0	$417,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$456,900	$0	$0	$456,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$456,900	$0	$0	$456,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$389,500	$0	$0	$389,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$389,500	$0	$0	$389,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$389,500	$0	$0	$389,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$47,500	$0	$0	$47,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**7**	**$2,564,700**	**$0**	**$0**	**$2,564,700**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10009957063

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SZQ301	INTERNATIONAL	7600 SBA	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10.831	NARANJA	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16580

NÚMERO DE MOTOR
35291962

REG N VIN 3HTWYAHT1CN660621

NÚMERO DE SERIE
3HTWYAHT1CN660521

REG N NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHT1CN660621 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BELLO CANGREJO ORLANDO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 79221415

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ****** POTENCIA HP 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482011000457994

I/E I FECHA IMPORT. 06/12/2011 PUERTAS 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA 20/01/2012 FECHA EXP. LIC. TTO. 24/07/2015 FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA



LT02003294556

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 179353367

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LOS CENTAUROS SAS

NIT: 900374437

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-003

Fecha de expedición: 2025/02/07

Fecha de vencimiento: 2026/02/07

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SZQ301

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2012

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35291962

NRO. CHASIS: 3HTWYAHT1CN660621

VIN: 3HTWYAHT1CN660621

LÍNEA: 7600 SBA

COLOR: NARANJA

NOMBRE PROPIETARIO: ORLANDO BELLO C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JOSE GREGORIO JIMENEZ PEREZ

SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2025	2	6

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	2	7
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	2	6

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
90481742 - 611388097	SZQ301	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	10831	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	PLATON

LÍNEA VEHÍCULO
7600SBA

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35291962	3HTWYAHT1CN660621	3HTWYAHT1CN660621	16,58

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ORLANDO BELLO CANGREJO	3045790984	CC	79221415	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	90481742	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
33	$ 1.061.500	$ 551.900	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.615.500

FIRMA AUTORIZADA

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



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar tu vehículo

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: **www.segurotercero.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en www.segurosmundial.com.co/legal/, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos, en especial a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos. Declaro que, la información otorgada es veraz, completa, exacta y actualizada.

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

¡AMPLIAMOS NUESTROS BENEFICIOS!

Con la compra y/o renovación de tu SOAT eres parte del Club Tu Beneficio Mundial donde obtendrás descuentos y promociones de manera ilimitada, en diferentes establecimientos de comercio a nivel nacional: **registro.tubeneficiomundial.com**

Solo tienes que registrarte y en el enlace recibirás [illegible] y haz click en el botón **www.tubeneficiomundial.com** para disfrutarlos.

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.02.06 16:44:48 -05:00

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** **(+601)** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Cambio de Aceite - Valvulina - Engrase
Filtros Nacionales e Importados
No Somos Grandes Contribuyentes
CIIU 4732 / Tarifa 11.04 x1000
CR 84 NO. 11A -13 BOGOTA D.C. CEL BTA 3124936563- MAD 3164841380

LUBRICANTES EL PORVENIR

RATIVA ALBERTO ORLANDO
Nit: 79381173-7
Iva - Regimen Común
CRA 84 11A 13 BOGOTÁ CUNDINAMARCA PBX. 7561832
Mail: lubripor@yahoo.com www.lubricanteselporvenir.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA - BOGOTA No : FEBO 53472

Factura por computador impresa por RATIVA ALBERTO ORLANDO Nit 79381173-7 software de SysCafé S.A.S.
Habilitación DIAN No.18764085382455 de Dic-14-2024 Vigencia: 6 meses Vence: Jun-14-2025 Rango: FEBO 52709-500000

Somos AUTORRETENEDORES del impuesto de renta y complementarios
Resolución DIAN 8566 19-09-2024

Cliente: **BELLO CANGREJO ORLANDO**
Nit/C.C: **79221415** Tel:
Dir: **CALLE 21 A N 3 08**
Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

Fecha Fact	Vencimiento	Plazo	Forma de pago	
Ene-08-2025	Ene-08-2025	0 días	CONTADO	
Placa	**Pedido**	**Zona**	**Kilometraje**	**Pág**
SZQ301	00008605		317.416	1/1

#	Referencia	Detalle	Iva	Cantidad	Vr/Unit	Vr/Total
1	00369	MOBIL MX ESP 15W40 1/4 GR GRANEL GRANEL		42.00	22,368.00	939,456.00
2	LF14000NN	FILTRO DE ACEITE ISX -X15 FLEETGUARD UND UND	19	1.00	150,929.41	150,929.41
3	FS19624	FILTRO TRAMPA CAT 7 MICRAS UND UND	19	1.00	69,618.00	69,618.00
4	UK-15204P	FILTRO DE AIRE INTERNO Y EXTERNO INTER 7400	19	1.00	256,067.23	256,067.23

Observaciones : *Realizado por Jorge.

Total items : 4

Son: UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS mcte.

SubTotal	**1,416,070.64**
Iva	90,556.78
Total	**1,506,627.42**

1. Consignar en la Cuenta Ahorros No. 205-601513-95 BANCOLOMBIA a nombre de ORLANDO RATIVA ALBERTO
2. Esta factura es un título valor y causará intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida desde la fecha de vencimiento. De acuerdo con el artículo 5 de la ley 1231 de 2008.
3. Se hace constar que la firma de personas distintas al comprador, supone que dicha persona está autorizada por el COMPRADOR para firmar y recibir, confesar la deuda y obliga al comprador.
4. Autorizamos a consultar o reportar a las centrales de riesgo a nivel nacional el comportamiento crediticio, en caso de incurrir en mora en el pago de esta obligación.
5.Tratamiento de datos personales. Cada una de las partes manifiesta expresamente su autorizacion para que la otra parte efectue el tratamiento de sus datos personales de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 del 2013 y el capitulo 25 del decreto reglamentario 1074 de 2015.
NOTA: Después de ocho días no se aceptan devoluciones.

Acepto y Recibí conforme,

Impto	Base	Impto	Tipo
0%	939,456		IVA
19%	476,614	90,556	IVA

Elaboró: NATALY SOLER

- Original Cliente -

_7330YNZXB

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:

CUFE: 27dc421e2fb4a8c2ec285ec585093ec53a72330347fe2260d414aaefad2c8df5758b7f39ff9e2baced7a1e1b13e07ee6
Fecha generación: 2025-01-08T16:10:00 Fecha expedición: 2025-01-08T17:35:12 Elaboró: NATALY SOLER Pág: 1/1

Cambio de Aceite - Valvulina - Engrase
Filtros Nacionales e Importados
No Somos Grandes Contribuyentes
CIIU 4732 / Tarifa 11.04 x1000
CR 84 NO. 11A -13 BOGOTA D.C. CEL BTA 3124936563- MAD 3164841380

LUBRICANTES EL PORVENIR

RATIVA ALBERTO ORLANDO
Nit: 79381173-7
Iva - Regimen Común
CRA 84 11A 13 BOGOTÁ CUNDINAMARCA PBX. 7561832
Mail: lubripor@yahoo.com www.lubricanteselporvenir.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA - BOGOTA No : FEBO 53472

Factura por computador impresa por RATIVA ALBERTO ORLANDO Nit 79381173-7 software de SysCafé S.A.S.
Habilitación DIAN No.18764085382455 de Dic-14-2024 Vigencia: 6 meses Vence: Jun-14-2025 Rango: FEBO 52709-500000

Somos AUTORRETENEDORES del impuesto de renta y complementarios
Resolución DIAN 8566 19-09-2024

Cliente: **BELLO CANGREJO ORLANDO**
Nit/C.C: **79221415** Tel:
Dir: **CALLE 21 A N 3 08**
Bogotá, D.C. - Bogotá, D.C.

Fecha Fact	Vencimiento	Plazo	Forma de pago	
Ene-08-2025	Ene-08-2025	0 días	CONTADO	
Placa	**Pedido**	**Zona**	**Kilometraje**	**Pág**
SZQ301	00008605		317.416	1/1

#	Referencia	Detalle	Iva	Cantidad	Vr/Unit	Vr/Total
1	00369	MOBIL MX ESP 15W40 1/4 GR GRANEL GRANEL		42.00	22,368.00	939,456.00
2	LF14000NN	FILTRO DE ACEITE ISX -X15 FLEETGUARD UND UND	19	1.00	150,929.41	150,929.41
3	FS19624	FILTRO TRAMPA CAT 7 MICRAS UND UND	19	1.00	69,618.00	69,618.00
4	UK-15204P	FILTRO DE AIRE INTERNO Y EXTERNO INTER 7400	19	1.00	256,067.23	256,067.23

Observaciones : *Realizado por Jorge.

Total items : 4

Son: UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS mcte.

SubTotal	**1,416,070.64**
Iva	90,556.78
Total	**1,506,627.42**

1. Consignar en la Cuenta Ahorros No. 205-601513-95 BANCOLOMBIA a nombre de ORLANDO RATIVA ALBERTO
2. Esta factura es un título valor y causará intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida desde la fecha de vencimiento. De acuerdo con el artículo 5 de la ley 1231 de 2008.
3. Se hace constar que la firma de personas distintas al comprador, supone que dicha persona está autorizada por el COMPRADOR para firmar y recibir, confesar la deuda y obliga al comprador.
4. Autorizamos a consultar o reportar a las centrales de riesgo a nivel nacional el comportamiento crediticio, en caso de incurrir en mora en el pago de esta obligación.
5.Tratamiento de datos personales. Cada una de las partes manifiesta expresamente su autorizacion para que la otra parte efectue el tratamiento de sus datos personales de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 del 2013 y el capitulo 25 del decreto reglamentario 1074 de 2015.
NOTA: Después de ocho días no se aceptan devoluciones.

Acepto y Recibí conforme,

Impto	Base	Impto	Tipo
0%	939,456		IVA
19%	476,614	90,556	IVA

Elaboró: NATALY SOLER

- Original Cliente1 -

_7330YNZXB

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:

CUFE: 27dc421e2fb4a8c2ec285ec585093ec53a72330347fe2260d414aaefad2c8df5758b7f39ff9e2baced7a1e1b13e07ee6
Fecha generación: 2025-01-08T16:10:00 Fecha expedición: 2025-01-08T17:35:12 Elaboró: NATALY SOLER Pág: 1/1

DATOS ENVÍO
NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO
DIRECCION:
CIUDAD: SOACHA-CUNDINAMARCA

SEGURO DE AUTOMÓVILES

PESADOS PREMIUM INDIVIDUAL

CERTIFICADO DE SEGURO

Póliza N° 1523178303601
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 19/12/2024

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO

OBSERVACIONES:

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE	HASTA
20/12/2024	20/12/2025
Día Mes Año	Día Mes Año
A las 24 horas	A las 24 horas

ASEGURADO N.1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ORLANDO BELLO CANGREJO	79221415

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ORLANDO BELLO CANGREJO	79221415

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ZAMUDIO ASESORES PROFESIONALES DE SEGUROS LTDA	3208493056

RELACIÓN DE ACCESORIOS

DESCRIPCIÓN	VALOR	EQUIPO ORIGINAL
	$ 0	

DETALLE DEL BIEN ASEGURADO

PLACA	SZQ301
MARCA	INTERNATIONAL 7600 WORKSTAR [350HP] MT TD 6X4
MODELO	2012
TIPO	VOLQUETAS
COLOR	NARANJA
NÚMERO DE MOTOR	35291962
VIN O CHASIS	3HTWYAHT1CN660621
VALOR COMERCIAL *	$ 225,400,000
TOTAL ACCESORIOS	$ 0
VALOR ASEGURADO DEL BIEN	$ 225,400,000

*Tomado de la Guía de Fasecolda No. 340 Código: 3626091

El valor asegurado corresponderá al valor comercial a la fecha del siniestro tomado de la última guía de Fasecolda vigente..

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AMPAROS

AL ASEGURADO

COBERTURA	VALOR ASEGURADO % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones
Daños a Terceros	$5250 MILLONES	0%, mínimo 0 salario(s)
Muerte o lesiones a 1 persona		
Muerte o lesiones a 2 o más personas		
COBERTURAS ADICIONALES		
Atención jurídica proceso penal y civil		
Amparo patrimonial: Solo cobertura Respons. Civil Extracont. y daños		

AL VEHÍCULO

COBERTURA	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
Daño total	0% 0 salario(s)
Daños parciales	0% 4 salario(s)
Hurto parcial y total*	0% 0 salario(s)
Terremoto	Aplican los mismos deducibles de daños parciales o totales
Renta diaria por inmovilización	10 Días
RENTA DIARIA	10 Días
Asistencia Bolívar	Según condiciones y ciudades con convenio
COBERTURAS ADICIONALES	
Auxilio por Inmovilización	
Amparo Patrimonial	
Gastos para proteger y trasladar el vehículo	

*Este deducible aplica solo para hurto total, para hurto parcial aplica los mismos deducibles que Daños Parciales

Código de Clausulado que aplica: 12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I. Consulte este clausulado en la página **www.segurosbolivar.com**

OTROS BENEFICIOS

Programa de Prevención Vial

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629817598170001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA	$ 669,017
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR	$ 67,091
IVA PRIMA	$ 127,113
IVA ASISTENCIA	$ 12,747
TOTAL A PAGAR	**$ 875,968**
PERIODICIDAD DE PAGO	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	**$ 10,511,622**

NOTA IMPORTANTE

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1523178303601
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 19/12/2024

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ORLANDO BELLO CANGREJO

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$ 669,017
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR:	$ 67,091
IVA PRIMA:	$ 127,113
IVA ASISTENCIA:	$ 12,747
TOTAL A PAGAR	**$ 875,968**
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629817598170001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Copia CLIENTE

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **$ 875,968**

PARA PAGO EN BANCOS

(415)7709998010260(8020)0629817598170001(3900)000000875968(96)20250203

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629817598170001

Póliza N°: 1523178303601

Valor efectivo :

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:
Davivienda: 1044189 **Bancolombia:** 64912 **Banco de Occidente:** 18659 **Grupo Éxito:** 4382

Página en blanco

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

SEGURO DE AUTOS PARA VEHÍCULOS PESADOS PREMIUM

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I

Nosotros, Seguros Comerciales Bolívar S.A en adelante LA ASEGURADORA, lo protegemos como ASEGURADO y su(s) beneficiarios por los eventos que sufra el vehículo asegurado, y los daños que cause a terceros, de acuerdo con las coberturas expresamente contratadas por el TOMADOR o el ASEGURADO y hasta por las sumas y límites pactados, como consta en el certificado de la póliza.

1. QUÉ CUBRIMOS

La ASEGURADORA otorga las siguientes coberturas a elección del Tomador o ASEGURADO, siempre y cuando se realice el pago de la prima correspondiente y estén expresadas en el certificado de la póliza.

1.1. Responsabilidad civil extracontractual (rce) – daños a terceros.

Cubrimos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sean consecuencia de daños causados por el ASEGURADO o una persona autorizada, a un tercero o a sus bienes, provenientes de un accidente o evento ocasionado por el vehículo asegurado.

Esta cobertura opera en exceso del seguro obligatorio de daños corporales, causados a las personas en accidente de tránsito (SOAT), el FOSYGA, EPS, ARL, FONDO DE PENSIONES o por el sistema general de seguridad social en salud.

Para los vehículos que por su tipo de operación es obligatoria la adquisición de pólizas de responsabilidad civil extracontractual acorde con la legislación vigente, esta cobertura operará en exceso de las mismas.

Esta cobertura incluye acompañamiento jurídico y gastos de defensa judicial, que consiste en que:

Si el ASEGURADO recibe una reclamación judicial, sea civil o penal, LA ASEGURADORA asignará un abogado que lo represente dentro de un proceso que sea consecuencia directa y exclusiva de un accidente de tránsito amparado en esta póliza, y hasta su terminación, incluyendo las investigaciones y reconstrucciones de los hechos que sean necesarios para su defensa.

Así mismo, previa autorización escrita de LA ASEGURADORA, a elección del ASEGURADO, éste podrá designar un abogado de

Tomador: persona encargada de pagar la prima, y quien obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la aseguradora.

Asegurado: persona que registra en el certificado de la póliza y tiene derecho al pago de la indemnización a consecuencia de un evento amparado por el contrato de seguro.

Beneficiario: es la persona designada en la póliza para recibir los beneficios de la póliza de seguros en caso de que se presente una pérdida por daños o hurto.

En caso de afectación de la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual, el beneficiario es el tercero que resulte afectado en el accidente.

Certificado de la póliza: es el documento que especifica qué cubre y no cubre la póliza de seguro.

Responsabilidad Civil Extracontractual: es la obligación que se tiene de indemnizar a una persona a la que se le causa daño, sin que esa responsabilidad surja por el incumplimiento de un contrato.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

confianza que lo represente dentro del proceso civil o penal. Para lo anterior, se pactan los honorarios como un porcentaje de la cobertura afectada, hasta por un monto que no supere el valor indicado como mínimo en la tarifa de honorarios del colegio de abogados de la ciudad donde curse el respectivo proceso. En caso de que no exista Colegio de Abogados o tarifa en determinada ciudad, se aplicará la del Colegio Nacional de Abogados.

Esta cobertura excluye los costos del proceso establecida en el artículo 1128 del Código de Comercio.

1.2. Daños.

Cubrimos los daños parciales o totales del vehículo amparado y los accesorios originales y los no originales que se encuentren relacionados en el certificado de la póliza, que sean consecuencia directa de:

- Un accidente de tránsito.
- Eventos de la naturaleza, tales como incendio, explosión, huracán, granizada, inundación y terremoto.
- Actos mal intencionados de terceros.
- Huelga, asonada, amotinamiento, conmoción civil y popular, revueltas populares, cese de actividades, sabotaje, terrorismo y movimientos subersivos y al margen de la ley.

Siempre y cuando estos eventos y sus consecuencias no estén expresamente excluidos de la presente póliza.

Accidente: Un hecho súbito, accidental, imprevisto e independiente de la voluntad del asegurado.

1.3. Hurto.

Cubrimos la desaparición del vehículo amparado y los accesorios originales y los no originales que se encuentren relacionados en la póliza, como consecuencia de hurto o su tentativa.

Hurto: Clasificación establecida por el Código Penal Colombiano.

2. COBERTURAS ADICIONALES.

Las siguientes coberturas se encuentran incorporadas al contrato de Seguro, no requieren ser especificadas en el Certificado de Seguros y su límite estará definido en el numeral 4 de la presente póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

2.1. Auxilio de inmovilización por daños o hurto.

Cubrimos las pérdidas causadas por la disminución de ingresos para los propietarios del vehículo amparado, como consecuencia de Daño Total o Parcial o Hurto Total o parcial, amparado por la póliza y que origine la inmovilización o desaparición del vehículo amparado, hasta el límite pactado en el certificado de la póliza.

2.2. Auxilio de inmovilización por responsabilidad civil extracontractual.

Cubrimos las pérdidas causadas por la disminución de ingresos para los propietarios del vehículo amparado, como consecuencia de un accidente de tránsito con lesionados o muertos cubierto por la póliza y que origine la inmovilización del vehículo amparado mientras se encuentre en los sitios establecidos por las autoridades competentes, hasta el límite pactado en el certificado de la póliza.

2.3. Obligaciones financieras.

Cubrimos las cuotas **ASEGURADO** de las obligaciones financieras a su cargo, derivadas de un crédito del vehículo amparado qué se encuentre vigente con una entidad financiera vigilada por la Superfinanciera.

2.4. Auxilio por brecha patrimonial por daños o hurto total.

Cuando se presente un siniestro por Daño o Hurto total cubierto por la póliza, cubrimos al **ASEGURADO** la disminución del valor comercial del vehículo durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando exista una diferencia entre el valor comercial del vehículo al momento del siniestro y el valor asegurado registrado en el certificado de la póliza. Este auxilio es excluyente con el Auxilio de brecha Patrimonial por Amit y Terrorismo del numeral 2.5.

2.5. Auxilio por brecha patrimonial por amit o terrorismo.

Cuando se presente un siniestro por Actos Mal Intencionados de Terceros (AMIT) o Terrorismo, cubrimos al **ASEGURADO** la diferencia entre el valor comercial al momento del siniestro de acuerdo al numeral 4.2 y el valor indemnizado por las pólizas contratadas por el Estado Colombiano; hasta el límite de la póliza. Este auxilio es excluyente con el Auxilio de brecha Patrimonial por Daños y Hurto Total del numeral 2.4.

2.6. Auxilio de accidentes personales.

Cubrimos la muerte accidental, incapacidad total y permanente, desmembración y pérdida de funcionalidad dentro de los 180 días calendario a la fecha del evento, hasta los límites contratados del conductor, ayudantes y/o auxiliar del vehículo amparado, proveniente de un accidente de tránsito, aplica siempre y cuando:

- El accidente haya sido de forma súbita, accidental e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**.
- Como consecuencia de la actividad económica desarrollada por **El ASEGURADO** o **TOMADOR** de la póliza.
- Se acredite una relación laboral del conductor, ayudante o auxiliar.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

2.7. Auxilio de responsabilidad civil contractual para la mercancía transportada.

Cuando exista una póliza de transportes que ampare la mercancía transportada por el vehículo asegurado y ésta haya sido afectada con ocasión de un evento cubierto, asumimos el valor del deducible a cargo de los generadores o propietarios de la mercancía por cualquiera de los siguientes eventos:

I) Daño a la mercancía que se haya producido como consecuencia directa de un accidente de tránsito.
II) Hurto total de la mercancía siempre que exista desaparición del vehículo en el mismo evento.

Este auxilio está condicionado a que nuestro **ASEGURADO** no sea el propietario de la mercancía ni tenga la calidad de tomador y/o asegurado en la póliza de transportes.

El valor de la indemnización a cargo de la Aseguradora estará limitado al valor del deducible pactado en la póliza de transportes contratado para proteger la mercancía, el límite de esta cobertura está expresado como un valor único sin posibilidad de restablecimiento automático; y en todo caso no excederá el monto que para esta cobertura se señale en el numeral 4.

2.8. Gastos para proteger y trasladar el vehículo accidentado o recuperado.

Cubrimos los gastos en que incurra el **ASEGURADO** como consecuencia de un evento amparado por daños o hurto, hasta por un 20% del valor del siniestro, con el fin de:

- Proteger el vehículo en el sitio del accidente en caso que no se pueda movilizar.
- Trasladar el vehículo dentro del territorio nacional, con grúa u otro medio idóneo, hasta el taller más cercano; o hasta el sitio más cercano que le brinde la protección adecuada; o a un lugar diferente previa autorización de **LA ASEGURADORA**.

Aplica cuando no haya sido contratado, solicitado, prestado o autorizado el servicio de asistencia al vehículo, o cuando se haya alcanzado el límite máximo contratado por este servicio.

2.9. Amparo patrimonial.

- Cubrimos los siguientes sucesos para las coberturas de RCE, Daños y Hurto, siempre y cuando no medie dolo del conductor:

Dolo: Conducta deliberada y maliciosa de cometer un delito o una conducta prohibida por la ley.

Subrogación: Derecho que cede el asegurado a favor del asegurador para que éste adelante acción contra el tercero responsable del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Cuando desatienda las señales o normas de tránsito.
- Cuando se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas.
- Si el conductor tiene vencida la licencia de conducción.

Este amparo no impide que **LA ASEGURADORA** ejerza el derecho de subrogación en contra del conductor del vehículo amparado, siempre y cuando el conductor no sea el mismo **ASEGURADO**, su cónyuge o sus parientes en línea directa o colateral hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad, parentesco civil o un conductor autorizado por el **ASEGURADO**.

2.10. Amparo en los países de la comunidad andina.

Cubrimos los siniestros por las coberturas contratadas en la póliza cuando el vehículo asegurado, cumpliendo las normas internacionales circule por los países de la Comunidad Andina y tenga contratada la póliza Andina de Responsabilidad Civil Extracontractual; siempre y cuando:

- Tratándose de una Responsabilidad Civil Extracontractual la presente póliza opera en exceso de la cobertura contratada en la póliza Andina, hasta el límite asegurado.
- Las reclamaciones por estos eventos deben realizarse en Colombia ante **LA ASEGURADORA**, conforme a los procedimientos y leyes colombianas.
- Se deberá acreditar el límite máximo de cobertura otorgado por dichas pólizas, para que sea descontado como un deducible agregado de la liquidación total del siniestro y poder establecer así, el saldo no cubierto y que será de responsabilidad de **LA ASEGURADORA**.

3. QUÉ NO CUBRIMOS - EXCLUSIONES.

LA ASEGURADORA queda liberada de toda responsabilidad cuando se presente una o más de las siguientes causales:

3.1. Muerte o lesiones corporales a:

3.1.1. El cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO**, conductor y sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad y parentesco civil.

3.1.2. Ocupantes del vehículo amparado cuando el vehículo sea de servicio público o se encuentre alquilado o destinado para el transporte de pasajeros sin la autorización expresa de **LA ASEGURADORA.**

3.1.3. Personas que en el momento del accidente se encuentren reparando o atendiendo el mantenimiento del vehículo o actúen como ayudantes del conductor en las operaciones del vehículo amparado.

3.1.4. A personas ocasionadas por la carga transportada cuando el vehículo esté o no en movimiento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

3.1.5. Muerte, lesiones o daños a bienes de terceros causados por el remolque cuando no se encuentre enganchado al remolcador asegurado.

3.2. La responsabilidad que se le genere al **ASEGURADO** por la conducción del vehículo por parte de personas no autorizadas por él.

3.3. Cuando el conductor del vehículo amparado no tenga su licencia de conducción expedida por la autoridad de tránsito al momento del siniestro, acorde con la categoría del vehículo amparado o se encuentre inhabilitado para conducir vehículos por decisión de la autoridad competente.

3.4. No se cubre la Responsabilidad Civil Extendida a otros vehículos así estos sean del mismos **TOMADOR** o **ASEGURADO**.

3.5. Pérdidas o daños causados:

3.5.1. A bienes de propiedad o tenencia del **ASEGURADO** o de su grupo familiar por consanguinidad, afinidad o parentesco civil hasta segundo grado o por unidad empresarial.

3.5.2. Al vehículo amparado, a bienes de terceros o lesiones o muerte a personas, causados por las cosas transportadas y los daños que generen dichas cosas cuando el vehículo no esté en movimiento.

3.5.3. Al vehículo amparado por ponerse en marcha después de sufrir un accidente.

3.5.4. Al vehículo amparado que no hayan sido derivados del siniestro.

3.5.6. Al vehículo amparado o por el vehículo amparado cuando se movilice en cualquier medio de transporte.

3.5.7. A puentes vehiculares, carreteras, caminos, viaductos túneles ocasionados por sobrepeso, altura o ancho del vehículo amparado o por la carga transportada.

3.5.8. A básculas por vibraciones que no sean originados en el desarrollo propio de la labor.

3.5.9. A personas o bienes de terceros o al vehículo por el transporte de materiales inflamables, explosivos o mercancías peligrosas a menos que sea avisado y avalado por la aseguradora y se cubrirá en exceso de las pólizas obligatorias para mercancías peligrosas

3.5.10. Instalaciones de los puertos marítimos y aeropuertos.

3.6. Daños al vehículo amparado causados por:

3.6.1. Vicio propio, variaciones naturales climatológicas y deterioros causados por el desgaste natural.

3.6.2. Daños eléctricos o mecánicos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

3.6.3. Deficiencias de refrigeración, lubricación, reparación, servicio o mantenimiento, salvo que sean derivados de un siniestro.

3.6.4. Operar con un combustible inadecuado.

3.7. Cuando el vehículo amparado al momento del siniestro se encuentre:

3.7.1. En proceso de venta o transferencia de la propiedad, conste o no por escrito, e independientemente que haya sido inscrita o no ante la entidad que determine la ley.

3.7.2. Cuando el vehículo sea Arrendado o subarrendado, sin autorización expresa de la Aseguradora.

3.7.3. Halando a otro vehículo con o sin fuerza propia. Se exceptúan los remolques que se encuentren dotados de un sistema de frenos y luces, en cuyo caso los daños causados a terceros por dicho remolque cuando se encuentre acoplado al vehículo amparado quedan cubiertos, pero se excluyen los daños causados al remolque; daños causados por el remolque al vehículo amparado; y daños causados a la carga transportada.

3.7.4. Siendo usado como vehículo de enseñanza.

3.7.5. Participando en competencias automovilísticas.

3.7.6. Siendo usado en operaciones y hostilidades de guerra, declarada o no.

3.7.7. Con sobrecupo de pasajeros o con sobrecarga.

3.7.8. Siendo usado para un uso distinto al estipulado en el certificado de la póliza.

3.8. Cuando el vehículo:

3.8.1. Haya sido hurtado dentro o fuera del país antes de la suscripción de la póliza.

3.8.2. Sea ingresado ilegalmente, o se encuentre involucrado en algún tipo de operaciones ilícitas o violaciones legales.

3.8.3. No se encuentre registrado ante las autoridades de tránsito.

3.8.4. Se encuentre involucrado en delitos contenidos en el Código Penal Colombiano, en el Capítulo contra el Patrimonio Económico, diferentes al hurto contratado como cobertura dentro de esta póliza.

3.8.5. Sea usado para realizar actos de autoridad.

3.8.6. Se encuentre decomisado o aprehendido para dejarlo al cuidado de un secuestre.

3.8.7. Por razones de índole aduanera o cualquier otra causa de índole legal, o se encuentre

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

depositado por obligación financiera

3.8.8. Tenga un defecto de fabricación o diseño del vehículo o sus componentes

3.9. Actuar sin la autorización expresa de **LA ASEGURADORA** para:

3.9.1. Reconocer su propia responsabilidad en el siniestro

3.9.2. Celebrar arreglos, conciliaciones o transacciones judiciales o extrajudiciales con la víctima del daño y sus causahabientes.

Esta exclusión no será aplicable cuando el **ASEGURADO** o conductor autorizado actúe en aplicación de convenios de indemnización directa entre Compañías Aseguradoras a los cuales se haya adherido **LA ASEGURADORA**.

3.10. La muerte natural de los ocupantes del vehículo o de su conductor, salvo que se les haya otorgado el amparo de accidentes personales.

3.11. Hurto de las llantas, ejes, rines, carpa o la mercancía transportada

3.12. Exclusiones para el Auxilio de Responsabilidad Civil Contractual.

3.12.1. Cuando la póliza de transportes de mercancías mencionado en el numeral 2.7, haya objetado el reclamo.

3.12.2. Cuando la presente póliza haya objetado el reclamo bajo la cobertura de daño total o parcial o pérdida por hurto total o parcial.

3.13. Exclusiones para el Auxilio de Accidentes Personales.

3.13.1. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por o al **ASEGURADO**, conductor, ayudantes y/o acompañantes, ya sea en estado de cordura o demencia.

3.13.2. Homicidio o su tentativa, o las lesiones intencionalmente causadas por un tercero.

3.13.3. Accidentes ocurridos al **ASEGURADO** cuando se encuentre infringiendo la ley o se esté movilizando o conduciendo en medios diferentes a los mencionados en esta póliza.

3.13.4. Intoxicaciones, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, excepto las que se presenten por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

3.13.5. Cualquier clase de participación en el servicio militar o de policía.

3.13.6. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o defecto distintos a los contraídos por lesión corporal accidental.

3.13.7. Los accidentes sufridos por el **ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas, o como

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

consecuencia de ellas o los causadas por tratamientos médicos o de diagnóstico salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la presente

3.13.8. Actos intencionales o ilegales del Asegurado o del conductor y/o ayudantes y/o acompañante del vehículo amparado.

3.13.9. Encontrarse el conductor y/o ayudantes y/o acompañante del vehículo amparado bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.

3.13.10. Heridas o lesiones provenientes parcial o completamente de un estado patológico preexistente o una intervención quirúrgica que no es realizada como consecuencia de un accidente.

3.13.11. Actos de guerra interior o exterior, minas terrestres, disturbios, terrorismo, actos de piratería, secuestros aéreos, efectos directos o indirectos de la radioactividad.

3.13.12. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza; salvo que con ocasión de alguno de los eventos acá descritos y estando efectuado la labor de conducción del vehículo el conductor, ayudante o auxiliar resulten muertos o heridos.

3.13.13. Por cualquiera de los eventos descritos, cuando el conductor, auxiliar o ayudante no cuente con vinculación laboral conforme a los requisitos de la ley.

3.14. Los daños, anomalías o defectos que presente el vehículo al momento de la inspección, de los cuales se haya dejado clara y expresa constancia en el informe de inspección o documento similar correspondiente.

3.15. Los daños o pérdidas totales o parciales que sufra el vehículo asegurado a consecuencia de huelga, asonada, amotinamiento, conmoción civil y popular, revueltas populares, cese de actividades, sabotaje, terrorismo y movimientos subersivos y al margen de la ley; siempre y cuando estos eventos y sus consecuencias estén cubiertos por las pólizas tomadas por el estado Colombiano (Ministerio de Hacienda, de Transporte, INVIAS u otra entidad estatal) con cualquier aseguradora.

3.16. Los daños o pérdidas totales o parciales que sufra el vehículo asegurado a consecuencia de eventos de la naturaleza, tales como incendio, explosión, huracán, granizada, inundación y terremoto cuando estos eventos estén cubiertos por la póliza que contrate el Gobierno Nacional.

3.17. La cobertura de gastos en la atención jurídica excluye los gastos derivados de procesos policivos o que sean consecuencia de competencia de las autoridades de tránsito por infracciones a la normatividad de tránsito vigente.

3.18. Multas, sanciones, gastos y costas impuestas al asegurado o pagadas por este, aunque estas hayan sido consecuencia de un hecho cubierto por la presente póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3.19. Daños y perjuicios ocasionados a terceros por el vehículo asegurado, mientras esta desaparecido por Hurto.

4. VALOR ASEGURADO / LÍMITES.

El valor asegurado se define de la siguiente forma:

4.1. Responsabilidad Civil Extracontractual.

Corresponde a los valores asegurados contratados y establecidos en el certificado de la póliza, los cuales puede expresarse de la siguiente forma, a solicitud del Tomador o **ASEGURADO**:

- Suma Global Única en pesos Colombianos que incluye daños a bienes de terceros, muerte o lesiones a una persona, o muerte o lesiones a dos o más personas.

- El valor máximo a indemnizar se expresará en SMMLV discriminado de la siguiente forma:

  - Daños a bienes de terceros
  - Muerte o lesiones a una persona
  - Muerte o lesiones a dos o más personas.

4.2. Para el vehículo amparado.

Corresponde al valor comercial al momento de emitir la póliza y registrado en el certificado del seguro; el Tomador o **ASEGURADO**, podrá solicitar en cualquier momento el ajuste de este valor durante la vigencia de la póliza, dando lugar al reajuste de la prima correspondiente, excepto cuando haya un siniestro en curso.

En caso de un siniestro de daño total o hurto total, el valor asegurado corresponderá al valor comercial del vehículo del día del siniestro, teniendo como límite máximo de indemnización el valor registrado en el certificado de la póliza. Para lo anterior se tendrán en cuenta también el Supraseguro o el Infraseguro.

4.3. Auxilio de inmovilización Diaria por daños o hurto.

La cobertura se establece con un número máximo de días y de SMLDV por día por evento. La fecha de inicio y terminación se calcula de acuerdo a la cobertura afectada así:

a) Parcial Daños o Hurto.

- **Fecha de inicio:**

Valor Comercial: Corresponde al valor de mercado del vehículo más los accesorios que hayan sido declarados en la póliza. Para tal fin, se tendrá como fuente de referencia la Guía Fasecolda o en su defecto un avalúo comercial efectuado por una entidad idónea.

FASECOLDA: Federación de Aseguradores colombianos.

Guía de Fasecolda: Guía de valores que contiene una referencia del valor comercial promedio de los vehículos.

Supraseguro: Es cuando el valor del vehículos es menor al valor asegurado.

Infraseguro: Situación que se presenta cuando el valor de la La suma asegurada, es menor al valor real del vehículo.

Salario Mínimo: Todo lo expresado en salarios mínimos legales mensuales o diarios vigentes, se tomará el valor de los mismos a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- **Reparación:** Es igual a la fecha de ingreso del vehículo amparado al taller autorizado por la Compañía de Seguros

- **Arreglo Directo**: Es igual a la fecha en la que se firma el acuerdo de la transacción entre el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** y la aseguradora

- **Fecha de Terminación:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha que registra en el documento de entrega a satisfacción del vehículo por parte del taller autorizado al propietario, sin exceder el período máximo de cobertura.

  - **Arreglo Directo:** Es igual a los días qué indique el baremo de reparación con el qué se estimó el arreglo directo.

b) Total Daños o Hurto:

- **Fecha de inicio:** Desde el perfeccionamiento de la reclamación y entrega definitiva a la **ASEGURADORA** de todos los documentos que acrediten la propiedad.

- **Fecha de terminación:** En el momento del pago de la indemnización por parte de La **ASEGURADORA** o desde la restitución del vehículo amparado.

4.4. Auxilio por inmovilización por Responsabilidad civil extracontractual.

La cobertura se establece con un número máximo de días y de SMLDV por día por evento. La fecha de inicio y terminación se calcula de la siguiente forma:

- **Fecha de inicio:** Desde el día del siniestro.

- **Fecha de Terminación:** Es igual a la fecha de emisión del acta de entrega provisional del vehículo por parte de la autoridad, sin exceder el período máximo de cobertura.

4.5. Obligaciones Financieras.

El valor máximo a indemnizar está limitado al número de cuotas que se causen a cargo del **ASEGURADO** y a favor del Beneficiario oneroso, con el cual el vehículo amparado tenga un crédito vigente del cual sea titular el **ASEGURADO** de la póliza; con un límite máximo de 3 cuotas.

Esta cobertura opera siempre y cuando el vehículo haya sufrido un siniestro qué le imposibilite desarrollar su actividad económica, así:

a) Parcial Daños o Hurto.

- **Fecha de inicio:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha de ingreso del vehículo amparado al taller autorizado por la Compañía de Seguros.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- **Arreglo Directo:** Es igual a la fecha en la que se firma el acuerdo de la transacción entre el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** y la aseguradora.

- **Fecha de Terminación:**

  - **Reparación:** Es igual a la fecha que registra en el documento de entrega a satisfacción del vehículo por parte del taller autorizado al propietario, sin exceder el período máximo de cobertura.

  - **Arreglo Directo:** Es igual a los días qué indique el baremo de reparación con el qué se estimó el arreglo directo.

b) Total Daños o Hurto:

- **Fecha de inicio:** desde el perfeccionamiento de la reclamación y entrega definitiva a la **ASEGURADORA** de todos los documentos que acrediten la propiedad.

- **Fecha de terminación:** En el momento del pago de la indemnización por parte de La **ASEGURADORA** ó desde la restitución del vehículo amparado.

4.6. Auxilio por Brecha Patrimonial por Daño o Hurto Total.

Este Auxilio está limitado hasta el 20% del valor comercial del vehículo al momento del siniestro, sin qué la suma del valor indemnizado, incluido el auxilio, sobrepase el valor asegurado registrado en el certificado de Seguro de la póliza.

4.7. Auxilio por Brecha Patrimonial por AMIT y Terrorismo.

El valor máximo a indemnizar corresponderá a la diferencia entre el valor comercial al momento del siniestro y el valor que le haya sido indemnizado al **ASEGURADO** por las pólizas contratadas por el Estado colombiano, sin qué supere el valor asegurado registrado en certificado del seguro

4.8. Auxilio de Accidentes Personales.

El valor a indemnizar corresponderá a un máximo de 30 millones de pesos colombianos.

4.9. Auxilio de Responsabilidad Civil Contractual para la mercancía transportada.

El valor máximo a indemnizar está limitado al valor del deducible pactado bajo otro tipo de seguros que amparen la mercancía transportada, en los cuales el **ASEGURADO** no sea ni **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**; sin exceder el valor de $25.000.000 de pesos por evento.

4.10. Gastos para proteger y trasladar el vehículo accidentado o recuperado.

El valor máximo a indemnizar está limitado hasta el 20% del valor del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

5. REQUISITOS PARA RECLAMAR EL SEGURO.

5.1. Ser propietario del vehículo y que no se encuentre en ningún trámite de traspaso o venta.

5.2. El evento tenga su ocurrencia dentro del territorio de Colombia o la Comunidad Andina descrito en el numeral 2.10

5.3. El conductor tenga su licencia de conducción expedida al momento del siniestro por la autoridad de tránsito, acorde con la categoría del vehículo amparado y no se encuentre inhabilitado para conducir vehículos por decisión de la autoridad competente.

5.4. Estar al día en el pago de la prima del seguro.

Lo anterior, sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el **ASEGURADO** o **TOMADOR** al momento de la reclamación.

6. PAGO DE LA PRIMA.

La prima debe ser pagada a más tardar dentro del mes siguiente, contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los anexos que se expidan con fundamento en ella.

El no pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos producirá la terminación automática de la póliza y dará derecho a **LA ASEGURADORA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la celebración del contrato de seguro.

LA ASEGURADORA se obliga a informar al beneficiario oneroso acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo señalado para el pago.

El pago extemporáneo de la prima no generará una reactivación de la póliza, en virtud de la terminación automática del seguro, por lo tanto, la obligación de **LA ASEGURADORA** será proceder con la devolución del dinero pagado tardíamente.

Prima: Es el precio pactado por el seguro contratado.

Prima Devengada: Es el costo que corresponde al periodo de seguro transcurrido, incluyendo los gastos de gestión de la aseguradora.

Beneficiario Oneroso: Es la persona natural o jurídica con la que el asegurado haya adquirido un compromiso económico, y el vehículo sea garantía de dicho compromiso.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

7.1. Conservación del estado del riesgo y notificación de cambios.

El Tomador o **ASEGURADO**, según el caso, están obligado a:

- Mantener el estado del riesgo del vehículo asegurado.

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Notificar si hay cambio de propietario del vehículo.
- Notificar por escrito a **LA ASEGURADORA** sobre cualquier cambio sobreviniente que signifiquen agravación del riesgo o que pueda afectar la seguridad del vehículo o de sus ocupantes.

La notificación debe ser realizada con un mínimo de 10 días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo.

Notificada la modificación del riesgo, **LA ASEGURADORA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del **ASEGURADO** dará derecho a **LA ASEGURADORA** para retener la prima no devengada.

7.2. En caso de siniestro.

En caso de siniestro el **ASEGURADO** está obligado a:

- Avisar por cualquier medio a LA **ASEGURADORA** sobre cualquier accidente o pérdida y de cualquier demanda, procedimiento, diligencia, notificación o citación que puedan configurar una pérdida, dentro de los 3 días hábiles siguientes al día en que haya conocido o debido conocer de su ocurrencia o existencia.

- Asistir y actuar, con los debidos cuidados y diligencia, en los trámites contravencionales o judiciales a que haya lugar, en las fechas y horas indicadas en la respectiva citación o dentro de los términos oportunos, acompañado de un apoderado que adelante la defensa y presentando las excepciones y pruebas admisibles, de la misma manera en que lo haría de no existir este seguro.

- Realizar el traspaso de la propiedad del vehículo amparado a **LA ASEGURADORA** o la cancelación de la matrícula en caso de daño total o pérdida total por hurto, según corresponda.

- Presentar la cotización de repuestos y mano de obra de su taller de confianza (Legalmente Constituido) de los daños ocasionadas por el siniestro, aplica para Arreglos directos en coberturas de daños.

- Retirar el vehículo amparado del lugar donde se encuentre una vez finalice la respectiva reparación y se haya cancelado el valor del deducible si hay lugar a él, o cuando la reclamación haya sido objetada, o **LA ASEGURADORA** le solicite retirarlo por otras circunstancias, de lo contrario el **ASEGURADO** asumirá los costos de estacionamiento o bodegaje.

Deducible: es el monto o el porcentaje que se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del **ASEGURADO.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Pagar el deducible pactado según lo establecido en la carátula de la póliza aplicado a la cobertura afectada, sea o no responsable del siniestro, y por cada evento reclamado.

- En el evento de pérdida parcial por hurto, se aplicará el deducible pactado para la cobertura de pérdida parcial daños.

8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA puede a su elección reparar o reponer los bienes dañados o perdidos, o pagarlos en efectivo. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de efectuar por su cuenta dichas reparaciones y de elegir libremente el taller que deba efectuarlas.

Si alguna pieza, parte o accesorio que deba ser reemplazado, no se consiguen en el mercado local, **LA ASEGURADORA** cumplirá válidamente su obligación de indemnizar, reparando el vehículo con repuestos no originales o de otras calidades o de no ser posible, mediante arreglo transaccional.

El pago de la indemnización por daños o hurto parcial no reducirá la suma asegurada, la cual se considerará restablecida en forma automática para cada uno de los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

8.1. Pago de la indemnización en caso de beneficiario oneroso.

En el evento de una pérdida total, la indemnización se destinará, en primer lugar, a cubrir los créditos con garantía prendaria sobre el vehículo asegurado y el excedente, si lo hubiere, se pagará al **ASEGURADO.**

Evento: la pérdida o destrucción en un mismo momento de uno o varios de los accesorios.

8.2. Desintegración Física de una Pérdida Total por Daños.

Según las disposiciones del Ministerio de Transporte acerca de la desintegración física de un vehículo de servicio público de carga, el **ASEGURADO** no podrá determinar unilateralmente la cancelación de la matrícula por desintegración física total. Por lo anterior, esta decisión sera tomada entre el **ASEGURADO** y la **ASEGURADORA,** siempre y cuando el chasis sea técnicamente irreparable.

Estarán a cargo del **ASEGURADO** todos los gastos a que hubiere lugar para efectuar la correspondiente cancelación de matrícula del vehículo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

9. DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO.

Cuando el **ASEGURADO** sea indemnizado, los bienes salvados o recuperados quedarán de propiedad de **LA ASEGURADORA**.

El ASEGURADO recibirá del producto de la venta del salvamento neto, un porcentaje igual al pagado como deducible, si la póliza lo tuviere

Salvamento: el vehículo o sus partes salvadas o recuperadas pasan a ser propiedad de La Aseguradora.

Salvamento Neto: el valor de la venta del salvamento menos los gastos realizados por **LA ASEGURADORA** para su recuperación, protección, mantenimiento, adaptación y comercialización

10. COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Como un beneficio para el **ASEGURADO** y con el fin de garantizar la cobertura ininterrumpida de la póliza para la protección del vehículo, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, salvo que se presente lo siguiente:

- Opere alguna causal de terminación.
- EL Tomador/**ASEGURADO** manifieste su voluntad de que el seguro no sea renovado para una nueva vigencia.
- **LA ASEGURADORA** manifieste, con diez días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la vigencia, su voluntad de no renovar el seguro.
- EL Tomador/**ASEGURADO** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminada su vinculación a este seguro, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice.

LA ASEGURADORA realizará el ajuste de las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

11. REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por:

- El **TOMADOR** mediante aviso escrito o por el mismo medio de suscripción de la póliza a **LA ASEGURADORA** con indicación de la fecha efectiva de su decisión.

Prima no devengada: Corresponde al periodo de seguro no transcurrido y el asegurado tiene derecho a recuperar cuando por algún motivo cancela su seguro antes de tiempo.

Beneficiario Oneroso: Es la persona o jurídica designada para recibir la indemnización con el fin de respaldar un crédito o una obligación. .

12/12/2024-1327-P-03-AU-0000000000139-D00I
12/12/2024-1327-NT-P-03-PESPRM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Por **LA ASEGURADORA** mediante aviso escrito al **ASEGURADO**, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

  En cualquiera de los dos eventos de revocación, **LA ASEGURADORA** procederá a la devolución de la prima no devengada al Tomador/**ASEGURADO**.

  En el evento que la póliza tenga designado beneficiario oneroso:

- **LA ASEGURADORA** podrá revocar unilateralmente la póliza, notificando su decisión al beneficiario oneroso y al **ASEGURADO** con no menos de 30 días comunes de antelación a la fecha efectiva de revocación de la póliza y de forma inmediata cuando se realice el movimiento.

- **LA ASEGURADORA** se obliga a informar al beneficiario oneroso de forma inmediata y con no menos de 30 días comunes de antelación a la fecha efectiva acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima.

- **LA ASEGURADORA** se obliga a informar al beneficiario oneroso y **ASEGURADO** de forma inmediata una vez se realice alguna modificación a la póliza solicitada por el **ASEGURADO** o **TOMADOR** de la misma.

12. NOTIFICACIÓN.

Salvo el aviso de siniestro que puede efectuarse por cualquier medio y la revocación que puede realizarse por el mismo medio de suscripción, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

13. DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D. C., Colombia.



(Firma representante Legal)
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	396.400				396.400	0	0	396.400			3.964	396.400	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	228.000	0	0	228.000	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	228.000	228.000
Pensión	2	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	396.400	396.400
CCF	1	228.000	228.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.763.600	1.763.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

C.C. 80049877
TEL: 312 251 9765
CORREO Oswaldohincapie@hotmail.com
LICENCIA C2 LC 06002270844
CONDUCTOR DOBLE TROQUE
VOLQUETA Y CAMION



PERFIL

Persona con alta experiencia en el manejo de vehículos, en especial de carga pesada en el área de transporte, de excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo o individualmente. Enfocado al buen servicio al cliente; con alto grado de responsabilidad.

EDUCACIÓN

BACHILLER

EXPERIENCIA LABORAL

01-10-2021 A LA FECHA BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA STS 852 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 3 AÑOS** **JEFE ORLANDO BELLO** **CEL 3045790984**
01-07-2019 AL 05-09-2021 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA SDI 909 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 2 AÑOS** **JEFE HECTOR TORRES** **CEL 3013141568**
20-02-2018 AL 30-06-2019 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA UPT 219 DOBLE TROQUE** **TIEMPO 16 MESES** **JEFE HUMBERTO DUEÑAS** **CEL 3102562847**
01-10-2015 AL 10-02-2018 BOGOTA	**MANEJO VOLQUETA USD 401** **TIEMPO 2 AÑOS Y 6 MESES** **JEFE RAFAEL GOMEZ** **CEL 3138326021**

REFERENCIAS

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: ORLANDO TORRES
CELULAR: 3209470799

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: SANDRA MILENA HINCAPIE
CELULAR: 3219345236
CARGO: ANALISTA DE OPERACIONES DE REASEGUROS

Atentamente,

JOSE OSWALDO HINCAPIE
C.C. . 80049877 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **80.049.877**

HINCAPIE SABOGAL

APELLIDOS

JOSE OSWALDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ABR-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00978147-M-0080049877-20180213 **00594**89524A 1 9903338949

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de noviembre de 2024, a las 13:17:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80049877
Código de Verificación	80049877241112131729

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
INGENIERÍA Y TRANSPORTE AMARILES S.A.S
NIT. 900724935-3
Resolución No. 823 del 23 de marzo de 2017

CERTIFICA QUE

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

Identificado con CEDULA DE CIUDADANIA **N° 80.049.877**

Participo en la Capacitación de

MANEJO DEFENSIVO

Resol. 001565 del 06/06/2014

Con una intensidad horaria de **20 horas**

MARIA ANGELICA AMARILES
Gerente general

JUAN DERMEYER MARTINEZ
Rector

Calle 9 sur N° 23A - 8 Villavicencio, Meta.
Cel: 3213892717 - 3212895054 Correo: amarilessas2021@gmail.com
Valida esta información con el código QR en nuestra página web: instamarilessas.com

FECHA DE EXPEDICIÓN:
2024-06-01

CERTIFICADO N°
29124

MINEDUCACIÓN PROSPERIDAD PARA TODOS SISCONMP MINTRANSPORTE

INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
INGENIERIA Y TRANSPORTE AMARILES S.A.S
NIT. 900724935-3

Resolución No. 823 del 23 de marzo de 2017



MANEJO DEFENSIVO

JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL

CC: 80.049.877

CATEGORIA: C2

RH: O+

CERTIFICADO NO 29124
Resol. 001565 del 06/06/2014

FECHA EXPEDICIÓN
2024-06-01

FECHA VENCIMIENTO
2025-06-01

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/392
NIT. 830.592.359-3



FECHA: 04/06/2024
Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]
Nombre: JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
Peso: 70 KG
Empresa: BELLO CANGREJO ORLANDO 79221415-9
Identificación: 80.049.877
Edad: 44 AÑOS
Género: M
EPS: FAMISANAR
Cargo: CONDUCTOR

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

*OPTOMETRIA [X]	*GLICEMIA [X]	*RADIOGRAFÍA [ ]
*AUDIOMETRIA [X]	*COLESTEROL [X]	*ELECTROCARDIOGRAMA [X]
*ESPIROMETRIA [X]	*TRIGLICERIDOS [X]	*OTRO _____

*PRUEBA DE EQUILIBRIO ESTABLE [X] INESTABLE [ ]

*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL [X]	*OSTEOMUSCULAR NORMAL [X]
*PSICOLOGICO NORMAL [X]	*PSICOSENSOMETRICO NORMAL [ ]

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN DE EGRESO

*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

Registro/Orden: 300/107
Paciente: JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
Empresa: BELLO CANGREJO ORLANDO 79221415-9

Fecha: 06/06/2024
Identificación: 80.049.877 **Edad:** 44 años
Cargo: CONDUCTOR



EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Paciente consiente en tiempo y espacio, inquietud motora, atención, intrusivo, sigue indicaciones. Adecuada presentación personal. En el plano intelectual dentro de Parámetros normales.

Según resultados de pruebas aplicadas (Test de personalidad valoración estandarizada BF5): adherencia a la relación familiar filial actual, afecto adecuado, alteración de la actividad y la atención. No alteración sensoperceptiva, no alteración del juicio de realidad.

No presenta trastornos circulatorios, vértigo acufenos, ni trastornos de tipo neurológico. Persona activa, carismática, enfrenta correctamente riesgos, con un gran equilibrio emocional por lo que es apto para trabajar en espacios físicos y destrezas de conducción.

PSICODIAGNOSTICO: Paciente que asiste a sesión de psicométrica presenta Comportamiento mental sano, neurosis normal, contratación excelente, buena Coordinación bimanual conducta y moderación adecuada.

Rocio Álvarez Romero
Psicólogo
RN 13909

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con CC 80049877 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	05/03/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

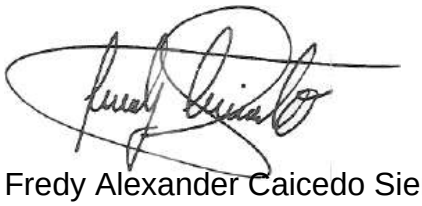
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes noviembre del 2024 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 12 de noviembre de 2024

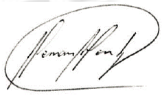
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con C80049877 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C800498772431748071

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con C.C No. 80.049.877, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de noviembre del 2024.

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

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



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 257829977

PIB
13:11:11

Bogotá DC, 12 de noviembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80049877:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:14:27 PM horas del 12/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80049877**
Apellidos y Nombres: **HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL identificado(a) con CC 80049877 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	05/03/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

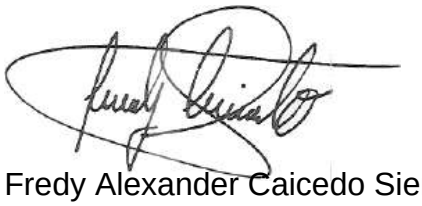
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 12 días del mes noviembre del 2024 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	CR 7 19 96	7291400	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81189582	$1.610.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	362.000				362.000	0	0	362.000			3.620	362.000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	208.000	0	0	208.000	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	208.000	208.000
Pensión	2	832.000	832.000
Riesgos Laborales	1	362.000	362.000
CCF	1	208.000	208.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.610.000	1.610.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		CR 7 19 96	7291400	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	07/11/2024	81189582	$1.610.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 80049877
NOMBRE
JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
FECHA DE NACIMIENTO
11-04-1980
RH
O+
FECHA DE EXPEDICION
16-09-2024
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
B1
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	16-09-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMION, BUSETA Y BUS	16-09-2027	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03007900664

ESQUEMA ANTIRRABICO

N° DOSIS	N° DIA	FECHA	FIRMA
1ª	0		
2ª	3		
3ª	7		
4ª	14		
5ª	28		
1ª	0		
2ª	7		
3ª	28		
Refuerzo	1 año		
Refuerzo	3 años		

OTRAS	
	1ª Dosis
	2ª Dosis
	3ª Dosis
Gammaglobulina	
Suero Antiofídico	
Suero Antirrábico	

Anotaciones especiales

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá

www.cruzrojacundinamarca.org.co

N° 485589

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Jose Osvaldo Hincapie S.

FECHA DE NACIMIENTO 11-Abr-1980 SEXO M

DOCUMENTO 80.049.877

SV004

Powered by CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
TÉTANOS (D.P.T.)	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
(BCG)	Tuberculosis		
TRIPLEVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMO-PHILUS INFLUENZA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
HEPATITIS A	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA (Valida por 10 años)		14 NOV 2024	
FIEBRE TIFOIDEA			
DIFTERIA	1ª Dosis		
TOSFERINA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ªDosis		
NEUMO NEUMOCOCO	1ª Dosis		
	Refuerzo		
POLISACÁRIDO CONJUGADO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
Varicela	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
Influenza (Gripe)	1ª Dosis	14 NOV 2024	
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033042378

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
STS852	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
10,831	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	16500

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35323012	N	3HTWYAHT0FN517955

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
-	N	3HTWYAHT0FN517955	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
BELLO CANGREJO ORLANDO	C.C. 79221415



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
192014000051110	I	17/05/2014	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC TTO.	FECHA VENCIMIENTO
12/06/2014	23/10/2024	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

TRÁNSITO DPTAL DEL ATLÁNTICO/BARANOA

LT07002858077

seguros mundial®
tu compañía siempre

SOLUCIONES DE MOVILIDAD



PÓLIZA DE SEGURO PARA VEHÍCULOS PESADOS DE CARGA

Versión Clausulado Número
30/08/2024-1317-P-03-PPSUS10R00000025-D00I

Código Anexo de Asistencia
30-08-2024-1317-A-03-ASSUS10R00000027-D00I

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
NIT 860.037.013-6
Dirección General Calle 33N.6B - 24 Pisos 1,2 y 3
Teléfono: (601) 285 56 00

No. Póliza	BCH 2000458903	No. de Certificado		No. Riesgo	1		
Tipo de documento	NEGOCIO NUEVO	Fecha de expedición	2024–11–06	Suc. expedidora	CEN BOGOTA – CHICO		
Vigencia desde	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2024	Vigencia hasta	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2025	Días	365		
Vigencia del certificado desde	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2024	Vigencia del certificado hasta	00:00 Horas del D 01 / M 11 / A 2025				

Tomador	ORLANDO BELLO CANGREJO	Nº. Doc. identidad	79221415		
Dirección	CRRA 7 19 96	Ciudad	SOACHA CUNDINAMA	Teléfono	3045790984
Asegurado	ORLANDO BELLO CANGREJO	Nº. Doc. identidad	79221415		
Dirección	CRRA 7 19 96	Ciudad	SOACHA CUNDINAMA	Teléfono	3045790984
Beneficiario	ORLANDO BELLO CANGREJO	CC/NIT	79221415		
Beneficiario		CC/NIT			

RIESGO ASEGURADO

Cod. Fasecolda	03626091	Modelo	2015	Servicio	PUBLICO	Color	BLANCO
Placa	STS852	Marca y clase	INTERNATIONAL VOLQUETA			Tipo de vehículo	VOLQUETA
Tonelaje/Cilindraje/Pasajeros	16500	No. Motor	35323012			No. Chasis / Serie	3HTWYAHT0FN517955
Dpto/Municipio	BOGOTA DISTRI	Valor comercial	$271,400,000.00	Valor accesorios	$0.00	Valor comercial total	$271,400,000.00

CONDICIONES DE COBERTURA

Cobertura	Límite asegurado (Pesos Colombianos)	Deducibles %	Deducibles S.M.M.L.V / Pesos COP
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRA	$3,000,000,000.00	Sin Deducible	2.0 SMMLV
PÉRDIDA TOTAL HURTO	$271,400,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
PÉRDIDA TOTAL DAÑOS	$271,400,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
PÉRDIDA PARCIAL HURTO	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
PÉRDIDA PARCIAL DAÑOS	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
TERREMOTO, TEMBLOR Y/O ERUPCIÓN V	$271,400,000.00	10.0%	4.0 SMMLV
ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCER	INCLUIDO	10.0%	Sin Deducible
AMPARO PATRIMONIAL	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PE	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CI	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL	$40,000,000.00	Sin Deducible	Sin Deducible
ASISTENCIA EN VIAJE	INCLUIDO	Sin Deducible	Sin Deducible
AUXILIO DE PARALIZACIÓN DEL VEHÍC	$4,000,000.00	10 días	10 días

Convenio de pago	Mensual	Fecha límite de pago	2024–12–06		
PRIMA BRUTA	$ 8,919,860.00	DESCUENTOS	$ 0.00	PRIMA NETA	$ 8,919,860.00
GASTOS EXP.	$ 25,000.00	IVA	$ 1,699,523.00	TOTAL A PAGAR	$ 10,644,383.00

Intermediarios	% Participación	Coaseguradores	Tipo	% Participación
ZAMUDIO ASESORES PRO	100.0			

OBSERVACIONES

En caso de haber contratado servicio de asistencia puede solicitarlo comunicándose a Línea Nal. 018000111935 Opc 1 asistencias – Opc 1, en Bogotá al (601)3274712–13 o al #935

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Es obligación del cliente, suministrar información veraz y verificable para el adecuado proceso de conocimiento del cliente realizado por la aseguradora, al igual que en los procesos de actualización de información periódicos establecidos de acuerdo a su perfil de riesgo, en cumplimiento a lo establecido en el Capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Externa 029 de 2014, Básica Jurídica.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

Autorizo a **Seguros Mundial** para almacenar, recolectar y gestionar mis datos personales para el suministro de información y educación financiera, ofrecimiento comercial, así como los servicios inherentes a la actividad aseguradora, realización de encuestas de satisfacción de clientes y fines estadísticos. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como los derechos que se asisten como titular de los mismos.

Para mayor información sobre la política de tratamiento de datos ingrese a **www.segurosmundial.com.co/legal/**. En caso que no desee otorgar esta autorización, favor comunicarse a las líneas de atención al cliente que aparecen en la póliza o ingrese a nuestra página web **http://www.segurosmundial.com.co/servicio-al-cliente/** y diligencie el formulario o envíe un correo electrónico a **consumidorfinanciero@segurosmundial.com.co.**

Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a **Seguros Mundial** para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: **correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp.** No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de: **Página web:** www.segurosmundial.com.co, **Correo electrónico:** mundial@segurosmundial.com.co, **Líneas de atención:** Bogotá (+601) 327 4712 - (+601) 327 4713, Nacional 01 8000 111 935.

Conozca las **condiciones generales de la póliza** y el anexo de asistencia en **https://www.segurosmundial.com.co/soluciones-personales/soluciones-de-movilidad/**

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.
Angela Munar
Vicepresidente de Producto
CC 52.646.070

Tomador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

seguros mundial®
tu compañía siempre

SOLUCIONES DE MOVILIDAD



PÓLIZA DE SEGURO PARA VEHÍCULOS PESADOS DE CARGA

Versión Clausulado Número
30–08–2024–1317–P–03–PPSUS10R00000025–D00I

Código Anexo de Asistencia
30–08–2024–1317–A–03–ASSUS10R00000027–D00I

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
NIT 860.037.013-6
Dirección General Calle 33N.6B - 24 Pisos 1,2 y 3
Teléfono: (601) 285 56 00

No. Póliza	BCH 2000458903	No. de Certificado		No. Riesgo	1
Tipo de documento	NEGOCIO NUEVO	Fecha de expedición	2024–11–06	Suc. expedidora	CEN BOGOTA – CHICO
Vigencia desde	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2024	Vigencia hasta	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2025	Días	365
Vigencia del certificado desde	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2024	Vigencia del certificado hasta	00:00 Horas del D 01/ M 11 / A 2025		

CONDICIONES PARTICULARES

AUXILIO POR PARALIZACIÓN DEL VEHÍCULO: SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES DESCRITAS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA, SE RECONOCERÁ UN MONTO DIARIO DE 12 SMDLV, A PARTIR DEL DÍA 11 CALENDARIO DESPUÉS DE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN (INGRESO AL TALLER) Y HASTA EL DÍA DE PAGO DE ESTA, SIN SUPERAR UN MONTO DE $4.000.000 POR VIGENCIA.

Firma Autorizada
Compañía Mundial de Seguros S.A.
Angela Munar
Vicepresidente de Producto
CC 52.646.070

Tomador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

BOGOTÁ: (601) 327 4712 / 327 4713 - NACIONAL: 01 8000 111 935

/SEGUROS MUNDIAL

satrack | Guía tu camino

Satrack
COLOMBIA
Fecha: 13 de noviembre de 2024
CI/CC 79221415

Señores
ORLANDO BELLO CANGREJO

CALLE 22 N 1A 37 SOACHA
BOGOTA, BOGOTÁ, D.C.

Asunto: Certificado de Prestación del Servicio Satrack

Certificamos que **ORLANDO BELLO CANGREJO** Identificado(a) con **CI/CC** 79221415 tiene activo el servicio de plataforma Servisat, que permite a través de nuestro software ubicar de manera georreferenciada el (los) vehículo (s) que se detalla (n) a continuación:

Placa	Fecha	Plan	Unidad	Serial
STS852	12/03/2024	Monitoreo Estándar	TELTONIKA-FMC920	TK1137144858

Este certificado se expide por petición del cliente y con vigencia hasta el último día del mes en curso.

Cordialmente

Leyton Castro Posada
Director Atención Clientes

Secretaría Distrital de Ambiente

VENTANILLA VIRTUAL

Actividad	Ingreso de Datos de Obras Públicas y Privadas
Número de radicación	2024ER60498
Fecha inicio	2024-05-27 16:43:22
Fecha fin	2024-05-27 16:51:18
Trámite	Seguimiento y Control a Obras Públicas y Privadas

PIN 25714

Placa: STS 852

SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	02	26	2024	02	28	2025	02	27

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1070104455004	STS852	VOLQUETA	PÚBLICO	10831	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	7600 SBA 6X4	13 - PLATON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35323012	3HTWYAHT0FN517955	3HTWYAHT0FN517955	16.5

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
VALORES Y CONTRATOS S.A.	3008955913	NT	800182330	BARRANQUILLA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
45268	9310	45268	1070104455004	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
330	$1,162,400.00	$604,400.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,768,900.00

FIRMA AUTORIZADA

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

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

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

En caso de accidente de tránsito:

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

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

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 173460896

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA 13 SAS

NIT: 901417787

No. de Certificado de Acreditación: 21-CDA-026

Fecha de expedición: 2024/05/26

Fecha de vencimiento: 2025/05/26

DATOS VEHÍCULO

PLACA: STS852

CLASE: VOLQUETA

MARCA: INTERNATIONAL

MODELO: 2015

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 10831

NRO. MOTOR: 35323012

NRO. CHASIS: 3HTWYAHT0FN517955

VIN: 3HTWYAHT0FN517955

LÍNEA: 7600 SBA 6X4

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: VALORES Y CONTRATOS S.A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

GERARDO MIGUEL VERGARA HERNANDEZ

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

FECHA	12-11-2024
DATOS DEL VEHICULO	***REGISTRO FOTOGRAFICO***
TIPO	VOLQUETA DOBLETROQUE
PLACA	STS 852
ORGANIZACIÓN DE TRANSITO	SOACHA
MODELO	2015
MARCA	INTERNATIONAL
LINEA	7600 SBA 6X4
COLOR	BLANCO
No MOTOR	35323012
No CHASIS	3HTWYAHTOFN517955
TIPO DE CARROCERIA	PLATON
CAPACIDAD	16500KG/PSJ
PIN AMBIENTAL	25714
TAG DE PROPIEDAD	79221415
PROPIETARIO	ORLANDO BELLO CANGREJO
No CEDULA	79-221-415
CONDUCTOR	JOSE OSWALDO HINCAPIE SABOGAL
No CEDULA	80-049-877
VIGENCIA DE LICENCIA	16-01-2027
AÑOS DE EXPERIENCIA	15 AÑOS
TELEFON	3122519765







Comentado [U1]:

Comentado [U2R1]:

Comentado [U3R1]:

 Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO



MOTOR

- Cummins ISM 385 EURO 4 SCR.
  Potencia: 375HP@1900 rpm
  Torque: 1346 lb-ft@1200 rpm
  Freno Motor JACOBS
  Fandrive de 2 velocidades.
- Motor vocacional con excepcional rendimiento en bajas y altas revoluciones.
- **Opcional:** Motor Cummins ISM 385 EURO 5 SCR.

NAVITRANS Cummins FULL SERVICE DEALER

TRANSMISIÓN

- Fuller FRO-14210C manual de 10 velocidades.
- **Opcional:**
  Eaton Fuller ultra shift FO-16E308LL-VCS automatizada de 10 velocidades.
  Allison 4500 RDS automática 5ta generación de 5 velocidades.

EJE DELANTERO

- Meritor MFS-18-133A Cap. 18.000 lb.
- **Opcional:** Meritor MFS-20-133A Cap. 20.000 lb.

SUSPENSIÓN DELANTERA

- Resortes multihojas con amortiguadores.
- Resortes parabólicos con amortiguadores.

EJE TRASERO

- Meritor RT-46-164P con bloqueo en el diferencial Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Meritor RT-52-185P con bloqueo en el diferencial Cap. 52.000 lb.

SUSPENSIÓN TRASERA

- Hendrickson RT-463 Cap. 48.500 lb.
  Para versiones ULTIMAAX: Hendrickson UMX-485-54 Cap. 48.500 lb.
- **Opcional:**
  Hendrickson RT-523 Cap. 52.000 lb.
  Hendrickson UMX-520-54 Cap. 52.000 lb.

*Viga igualadora de 52.000 lb., barra de torsión con bujes encapsulados en todas las referencias.

SISTEMAS DE FRENOS

- Sistema de frenos, ABS 100% aire con control de tracción (ATC).
- Secador de aire Bendix AD-9.

TANQUE DE COMBUSTIBLE Y DEF

- 1 de 70 galones de aluminio con separador de agua / combustible.
- Tanque DEF 7 galones.

RINES Y LLANTAS

- RINES EN ACERO: 22.5" x 9"/ 22.5 x 8.25"
- RINES EN ALUMINIO: 22.5" x 9" / 22.5" x 9" para versión FULL.
- LLANTAS: 315/80R22.5 - 12R22.5
  Opcional:
  RINES EN ACERO: 22.5" x 13" / 22.5 x 8.25".
  RINES EN ALUMINIO: 22.5 x 13" / 22.5 x 9"
  LLANTAS: 425/65R22.5 - 12R22.5

CHASIS

- Chasis canal en "C" en acero termotratado de alta resistencia, con refuerzo longitudinal en "C", de 120.000 psi.

SISTEMA ELÉCTRICO

- Sistema multiplexado 12 - Volt, 3 baterías libre mantenimiento.
- Alternador Delco Remy 36SI 12V/165A
- Motor de arranque Delco Remy 39MT.

VOLCO

- Volco Joper Hardox 14 m3
- Volco Imhasa Hardox 14 m3
  Opcional: 21 m3 y 23 m3 según aplicación.

VERISONES

- Volqueta 7600 6x4 STD
- Volqueta 7600 6x4 STD ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 FULL
- Volqueta 7600 6x4 FULL ULTIMAAX
- Volqueta 7600 6x4 Carbonera

OTROS

	STD	FULL
Aire Acondicionado	•	•
Bomper brillante.		•
Interior Premium. *Modelo 2020 en adelante.	•	•
Espejos motorizados acabado brillante con led.		•
Espejos sobre el capó.*Modelo 2020 en adelante.	•	•
Columna de dirección abatible y/o telescópica.	•	•
Visera brillante.		•
Radio.		•
Tablero ergonómico.		•
Exploradoras.		•

COLOMBIA.

*Lo opcional es bajo pedido.

Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

CHECK LIST DE CONTROL PARA EN VEHICULO				
ITEM	**SI**	**NO**	**VIGENCIA**	**OBSERVACIONES**
KILOMETRAJE ACTUAL	✓	-	-	292240 KM
SOAT	✓		27/02/25	-
REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE GASES	✓	-	26/05/25	-
PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO	✓	-	01/11/25	-
INSPECCIÓN DIARIA	✓		Diaria	-
COMPARENDOS	-	✓	-	-
INCIDENTES	-	✓	-	-
ACCIDENTES	-	✓	-	-
SISTEMA DE SEGURIDAD ACTIVA (Frenos, dirección, iluminación, estado de llantas, etc.)	✓	-	(Inspección diaria)	-
SISTEMA DE SEGURIDAD PASIVA (Cinturones, airbag, chasis, ventanas, carrocería, etc.)	✓	-	(Inspección diaria)	-
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	✓	-	-	Último mantenimiento: km 276.903 16/03/2024
MANTENIMIENTO CORRECTIVO	✓	-	-	
OTROS	-	-	-	-

PLAN DE MANTENIMIENTO VEHICULO SOS 615

Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO



DIARIO	SEMANAL
Revisar niveles de aceite y fluidos	Revisar y ajustar frenos
Inspeccionar neumáticos y presión	Revisar sistema de suspensión
Revisar frenos y sistema de dirección	Revisar sistema de transmisión
Limpiar y lubricar componentes	Revisar sistema eléctrico

MENSUAL	TRIMESTRAL
Reemplazar filtros de aceite y combustible	Revisar y reemplazar correas y mangueras
Revisar y reemplazar discos de freno	Revisar sistema de escape
Revisar y reemplazar pastillas de freno	Revisar sistema de dirección
Revisar sistema de refrigeración	Revisar sistema de suspensión

SEMESTRAL	ANUAL
Revisar y reemplazar neumáticos	Realizar una revisión general del vehículo
Revisar sistema de transmisión	Revisar y reemplazar componentes desgastados
Revisar sistema eléctrico	Realizar pruebas de frenos y sistema de dirección

CALLE 21º # 3-08/ 3045790984/ orlandobello8430@gmail.com / Bogotá D.C – Colombia Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

	HOJA DE VIDA DE VOLQUETA ORLANDO BELLO CANGREJO NIT.79221415-9	Código	-	
		Fecha de emisión	12/11/2024	
		Versión	1	
		Copia	SI	NO

PIN AMBIENTAL	
VEHICULO	Volqueta Doble Troque
PLACA	STS 852
MARCA	INTERNACIONAL
MODELO	2015
No DE PIN	25714
FECHA DE REGISTRO	27/05/2024

CALLE 21º # 3-08/ 3045790984/ orlandobello8430@gmail.com / Bogotá D.C – Colombia Este documento pertenece a Orlando bello cangrejo Se prohíbe su reproducción total o parcial en cualquier medio, sin previa autorización escrita por parte del área técnica y administrativa de la empresa.

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	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO	calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

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
EPS010	EPS Sura	800088702-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	683.400	0	0	0	0	0	0		683.400	3
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	396.400				396.400	0	0	396.400			3.964	396.400	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	228.000	0	0	228.000	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	228.000	228.000
Pensión	2	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	396.400	396.400
CCF	1	228.000	228.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.763.600	1.763.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79221415	ORLANDO BELLO CANGREJO		calle 21a # 3-08 barrio el sol	3012334497	orlandobello8430@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	02/04/2025	85162821	$1.763.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032389101	PEDRAZA RODRIGUEZ ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	79770624	PORTUGUEZ RAMIREZ GERARDO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	80049877	HINCAPIE SABOGAL JOSE OSWALDO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	80131284	RODRIGUEZ PEDRAZA ANGEL LEONEL	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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





ANEXO 10

CRONOGRAMA DE INSPECCIONES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES SST 2025	
Contrato N° 1726– 2024		Anexo 14. Versión 0 Febrero-2025

CONTRATO DE OBRA	N° 1726 – 2024	RESIDENTE SST	ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA
OBJETO:	"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS		

PLANEADO EJECUTADO

NOMBRE DE LA INSPECCIÓN	RESPONSABLE	AÑO 2025																						PLANEADAS	EJECUTADAS	%
		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC				
Inspección de extintores	BRIGADISTAS	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	8	80%
Inspección botiquín y equipos de emergencia	BRIGADISTAS	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	8	80%
Inspección de orden y aseo	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	6	60%
Inspección de campamentos	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	6	60%
Inspección de EPP	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	7	70%
Inspecciones de vehiculos (Volqueta, vehiculo liviano)	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		10	0	0%
Inspección maquinaria pesada	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	6	60%
Inspección cortadora	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		10	0	0%
Inspección de pulidora	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	5	50%
Inspección herramientas mecanicas manuales	RESIDENTE SST AUXILIAR SISOMA COPASST	1		1		1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	5	50%

Firma:	Firma:	Firma:	
Realizado por: **ING. FABIO MERCK RAMIREZ**	Revisado por:	Aprobado por: **ING.**	
Cargo: Residente SST	Cargo: Director de obra	Cargo: Residente SST interventoria	

ANEXO 11

PREOPERACIONALES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA MINICARGADOR	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2026

EMPRESA: CONSORCIO MAVINP DEL NORTE | NOMBRE DEL OPERADOR: Giovanni Ortiz | CC: 80857798

MARCA MAQUINARIA: Minicargador | SERIE: SR 220 13 | MODELO: 2021

SEMANA DEL 1 AL 6 DEL MES 04 DEL AÑO 25 | KM INICIAL | KM FINAL

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

Nº	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	E	E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E	E	E	E		
3	Cinturon de seguridad	E	E	E	E	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal	E	E	E	E	E	E		
5	Limpiabrisas	N	N	N	N	N	N		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	N	N	N	N	N	N		
7	Alarma de retroceso	E	E	E	E	E	E		
8	Extintor	E	E	E	E	E	E		
9	Espejos laterales	E	E	E	E	E	E		
10	Espejo convexo	N	N	N	N	N	N		
11	Escaleras y apoyos de acceso	E	E	E	E	E	E		
12	Palancas y pedales	E	E	E	E	E	E		
13	Bateria	E	E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Sistema de enfriamiento (Aceite hidraulico, aceite de motor)	E	E	E	E	E	E		
2	Filtro de combustible	E	E	E	E	E	E		
3	Filtro de aceite	E	E	E	E	E	E		
4	Filtro de aire	E	E	E	E	E	E		
5	Sistema de transmision	E	E	E	E	E	E		
6	Tanque de combustible	E	E	E	E	E	E		
7	Sistema electrico	E	E	E	E	E	E		
8	Estado general balde-dientes-cuchillas	N	N	N	N	N	N		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	E	E	E	E	E	E		
2	Extintor	E	E	E	E	E	E		
3	Chaleco reflectivo	E	E	E	E	E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	E	E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras	E	E	E	E	E	E		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA MINICARGADOR	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2025

EMPRESA: CONSORCIO MAVINP DEL NORTE NOMBRE DEL OPERADOR: Giovanni Ortiz CC: 80857798

MARCA MAQUINARIA: Minicargador SERIE: SK220 B MODELO: 2021

SEMANA DEL 9 AL 13 DEL MES 12 DEL AÑO 25 KM INICIAL: KM FINAL:

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA		E	E	E	E	E		
1	Protección antivuelco		E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado		E	E	E	E	E		
3	Cinturon de seguridad		E	E	E	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal		M	M	M	M	M		
5	Limpiabrisas		M	M	M	M	M		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)		E	E	E	E	E		
7	Alarma de retroceso		E	E	E	E	E		
8	Extinto		E	E	E	E	E		
9	Espejos laterales		M	M	M	M	M		
10	Espejo convexo		E	E	E	E	E		
11	Escaleras y apoyos de acceso		E	E	E	E	E		
12	Palancas y pedales		E	E	E	E	E		
13	Bateria		E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO		E	E	E	E	E		
1	Sistema de enfriamiento (Aceite hidraulico, aceite de motor)		E	E	E	E	E		
2	Filtro de combustible		E	E	E	E	E		
3	Filtro de aceite		E	E	E	E	E		
4	Filtro de aire		E	E	E	E	E		
5	Sistema de transmisión		E	E	E	E	E		
6	Tanque de combustible		E	E	E	E	E		
7	Sistema eléctrico		E	E	E	E	E		
8	Estado general balde-dientes-cuchillas		M	M	M	M	M		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquín de primeros auxilios		E	E	E	E	E		
2	Extintor		E	E	E	E	E		
3	Chaleco reflectivo		E	E	E	E	E		
	LUCES		E	E	E	E	E		
1	De trabajo delanteras		E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras		E	E	E	E	E		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA MINICARGADOR	SEGURITY
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 15.11 Versión 0.0 Febrero-2025

EMPRESA: Consorcio Mavinp Del Norte | NOMBRE DEL OPERADOR: Giovanni | CC: 80857798

MARCA MAQUINARIA: Minicargador | SERIE: 720 B | MODELO: 2021

SEMANA DEL 15 AL 20 DEL MES 12 DEL AÑO 2025 | KM INICIAL | KM FINAL

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	E	E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E	E	E	E		
3	Cinturón de seguridad	E	E	E	E	E	E		
4	Vidrio parabrisas frontal	M	M	M	M	M	M		
5	Limpiabrisas	M	M	M	M	M	M		
6	Indicadores Hidráulicos (Refrigerante aceite)	E	E	E	E	E	E		
7	Alarma de retroceso	E	E	E	E	E	E		
8	Extintor	E	E	E	E	E	E		
9	Espejos laterales	M	M	M	M	M	M		
10	Espejo convexo	E	E	E	E	E	E		
11	Escalones y agarres de acceso	E	E	E	E	E	E		
12	Palancas y pedales	E	E	E	E	E	E		
13	Batería	E	E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Sistema de enfriamiento (Agua radiador aceite de motor)	E	E	E	E	E	E		
2	Filtro de combustible	E	E	E	E	E	E		
3	Filtro de aceite	E	E	E	E	E	E		
4	Filtro de aire	E	E	E	E	E	E		
5	Sistema de transmisión	E	E	E	E	E	E		
6	Tanque de combustible	E	E	E	E	E	E		
7	Sistema eléctrico	E	E	E	E	E	E		
8	Estado general bota-llantas-rodillos	M	M	M	M	M	M		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquín de primeros auxilios	E	E	E	E	E	E		
2	Extintor	E	E	E	E	E	E		
3	Bocina retroceso	E	E	E	E	E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	E	E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras	E	E	E	E	E	E		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCION DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA MINICARGADOR	Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2025
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		

EMPRESA: CONSORCIO MAVINP DEL NORTE — NOMBRE DEL OPERADOR: Giovanni — CC: 8085 7798

MARCA MAQUINARIA: Minicargador — SERIE: SR 220 B — MODELO: 2021

SEMANA DEL 22 AL 28 DEL MES 12 DEL AÑO 2025 — KM INICIAL — KM FINAL

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUCES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	E	E	E		E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E		E	E		
3	Cinturón de seguridad	E	E	E		E	E		
4	Vidrio parachoque frontal	E	E	E		E	E		
5	Limpiabrisas	N	N	N		N	N		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	N	N	N		N	N		
7	Alarma de retroceso	E	E	E		E	E		
8	Extintor	E	E	E		E	E		
9	Espejos laterales	E	E	E		E	E		
10	Estado cinturon	N	N	N		N	N		
11	Escaleras y apoyos de acceso	E	E	E		E	E		
12	Palancas y pedales	E	E	E		E	E		
13	Bocina	E	E	E		E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Sistema de suministro (Aceite hidraulico, aceite de motor)	E	E	E		E	E		
2	Filtro de combustible	E	E	E		E	E		
3	Filtro de aceite	E	E	E		E	E		
4	Filtro de aire	E	E	E		E	E		
5	Sistema de ingreso aire	E	E	E		E	E		
6	Tanque de combustible	E	E	E		E	E		
7	Sistema electrico	E	E	E		E	E		
8	Estado general bolsa llantas cadenas	N	N	N		N	N		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	E	E	E		E	E		
2	Extintor	E	E	E		E	E		
3	Reflectivos	E	E	E		E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	E	E	E		E	E		
2	De trabajo traseras	E	E	E		E	E		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCION DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA RETROEXCAVADORA	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 6.0 Febrero-2025

EMPRESA:

NOMBRE DEL OPERADOR: Mauro Vargas — CC: 80423497

MARCA MAQUINARIA: Bobcat — SERIE: 430 — MODELO: 2008

SEMANA DEL 22 AL 27 DEL MES 12 DEL AÑO 2025 — KM INICIAL: 9475.6 — KM FINAL: 9423.8

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	E	E	E	/	E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E	/	E	E		
3	Cinturon de seguridad	E	E	E	/	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal	E	E	E	/	E	E		
5	Limpiabrisas	N	N	N	/	N	N		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	N	N	N	/	N	N		
7	Alarma de retroceso	E	E	E	/	E	E		
8	Exhosto	N	N	N	/	N	N		
9	Espejos laterales	E	E	E	/	E	E		
10	Espejo convexo	N	N	N	/	N	N		
11	Escaleras y apoyos de acceso	N	N	N	/	N	N		
12	Palancas y pedales	E	E	E	/	E	E		
13	Bateria	E	E	E	/	E	E		
	ESTADO MECANICO	E	E	O	/	E	E		
1	Estado de las mangueras								
2	Estado de pasadores (Bastidor, desgastados)	E	E	E	/	E	E		
3	Orugas tensionadas	E	E	E	/	E	E		
4	Mecanismo de giro	E	E	E	/	E	E		
5	Mandos de avance	E	E	E	/	E	E		
6	Cilindros en buen estado	E	E	E	/	E	E		
7	Rodillos inferiores y superiores	E	E	E	/	E	E		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA	E	E	E	/	E	E		
1	Botiquin de primeros auxilios								
2	Extintor	E	E	E	/	E	E		
3	Chaleco reflectivo	E	E	E	/	E	E		
	LUCES	E	E	E	/	E	E		
1	De trabajo delanteras	E	E	E	/	E	E		
2	De trabajo traseras	N	N	N	/	N	N		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	
			Mauro Vargas	8011234Y	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA RETROEXCAVADORA	
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 8.0 Febrero-2025

EMPRESA: FK S.A.S | NOMBRE DEL OPERADOR: Saul Rodriguez | CC: 3226526

MARCA MAQUINARIA: Hitachi | SERIE: 040 | MODELO: 2004

SEMANA DEL 9 AL 13 DEL MES 12 DEL AÑO 2025 | KM INICIAL | KM FINAL

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

Nº	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	/	E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado	/	E	E	E	E	E		
3	Cinturon de seguridad	/	E	E	E	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal								
5	Limpiabrisas								
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	/	E	E	E	E	E		
7	Alarma de retroceso								
8	Exhosto	/	E	E	E	E	E		
9	Espejos laterales	/	E	E	E	E	E		
10	Espejo convexo	/	E	E	E	E	E		
11	Escaleras y apoyos de acceso	/	E	E	E	E	E		
12	Palancas y pedales	/	E	E	E	E	E		
13	Bateria	/	E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Estado de las mangueras	/	E	E	E	E	E		
2	Estado de pasadores (Bastidor desgarrado)	/	E	E	E	E	E		
3	Orugas tensionadas	/	E	E	E	E	E		
4	Mecanismo de giro	/	E	E	E	E	E		
5	Mandos de avance	/	E	E	E	E	E		
6	Cilindros en buen estado	/	E	E	E	E	E		
7	Rotulos inferiores y superiores	/	E	E	E	E	E		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	/	E	E	E	E	E		
2	Extintor	/	E	E	E	E	E		
3	Extintor retractil	/	E	E	E	E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	/	E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras	/	E	E	E	E	E		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA RETROEXCAVADORA	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2025

EMPRESA:		NOMBRE DEL OPERADOR	Mauso Vargas	CC	80H23497
MARCA MAQUINARIA	Bobcat	SERIE	H30	MODELO	2008
SEMANA DEL 9 AL 13 DEL MES 12 DEL AÑO 2025		KM INICIAL	9384.11	KM FINAL	

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco		E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado		E	E	E	E	E		
3	Cinturon de seguridad		E	E	E	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal		E	E	E	E	E		
5	Limpiabrisas		N	N	N	N	N		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)		N	N	N	N	N		
7	Alarma de retroceso		E	E	E	E	E		
8	Extracto		N	N	N	N	N		
9	Espejos laterales		E	E	E	E	E		
10	Espejo convexo		N	N	N	N	N		
11	Escaleras y apoyos de acceso		N	N	N	N	N		
12	Palancas y pedales		E	E	E	E	E		
13	Bateria		E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Estado de las mangueras		E	E	E	E	E		
2	Estado de guardapolvos (Bastidor, desgastado)		E	E	E	E	E		
3	Orugas tensionadas		E	E	E	E	E		
4	Mecanismo de giro		E	E	E	E	E		
5	Mandos de avance		E	E	E	E	E		
6	Cilindros en buen estado		E	E	E	E	E		
7	Rodillos inferiores y superiores		E	E	E	E	E		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios		E	E	E	E	E		
2	Extintor		E	E	E	E	E		
3	Chaleco reflectivo		E	E	E	E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras		E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras		N	N	N	N	N		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PRE OPERACIONAL MAQUINARIA RETROEXCAVADORA	Anexo 14.11 Versión 0.0 Febrero-2025
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		

EMPRESA:

NOMBRE DEL OPERADOR: Mauro Vargas CC: 80423487

MARCA MAQUINARIA: Bobcat SERIE: A30 MODELO: 2008

SEMANA DEL 15 AL 20 DEL MES 12 DEL AÑO 2025 KM INICIAL: 9388.3 KM FINAL: 9475.6

MARQUE CADA DIA SEGÚN CORRESPONDA: E: Excelente R: Regular M: Malo

N°	DESCRIPCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
	CABINA								
1	Protección antivuelco	E	E	E	E	E	E		
2	Asiento en buen estado	E	E	E	E	E	E		
3	Cinturon de seguridad	E	E	E	E	E	E		
4	Vidrio panoramico frontal	E	E	E	E	E	E		
5	Limpiabrisas	N	N	N	N	N	N		
6	Indicadores Hidraulicos (Refrigerante, aceite)	N	N	N	N	N	N		
7	Alarma de retroceso	E	E	E	E	E	E		
8	Extintor	N	N	N	N	N	N		
9	Espejos laterales	E	E	E	E	E	E		
10	Espejo convexo	N	N	N	N	N	N		
11	Escaleras y apoyos de acceso	N	N	N	N	N	N		
12	Palancas y pedales	E	E	E	E	E	E		
13	Baleño	E	E	E	E	E	E		
	ESTADO MECANICO								
1	Estado de las mangueras	E	E	E	E	E	E		
2	Estado de pasadores (Bastidor, desgastador)	E	E	E	E	E	E		
3	Orugas tensionadas	E	E	E	E	E	E		
4	Mecanismo de giro	E	E	E	E	E	E		
5	Mandos de avance	E	E	E	E	E	E		
6	Cilindros en buen estado	E	E	E	E	E	E		
7	Rodillos inferiores y superiores	E	E	E	E	E	E		
	ELEMENTOS DE EMERGENCIA								
1	Botiquin de primeros auxilios	E	E	E	E	E	E		
2	Extintor	E	E	E	E	E	E		
3	Chaleco reflectivo	E	E	E	E	E	E		
	LUCES								
1	De trabajo delanteras	E	E	E	E	E	E		
2	De trabajo traseras	N	N	N	N	N	N		

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS					
TIPO DE MANTENIMIENTO		FECHA	REALIZADO POR		DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO
PREVENTIVO	CORRECTIVO		NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	
			Mauro Vargas	801231431	

FIRMA DEL OPERADOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

ANEXO 12

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO Y CAMPAMENTOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: Tres reyes

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificación de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al código de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecologico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterías, gabinetes. puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos químicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las areas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higiénico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterías?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK WS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30- diciembre - 2025 Lugar de trabajo: Acapulco

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST- MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterías, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caídas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos químicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higiénico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK LOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Version 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30- diciembre - 2025 Lugar de trabajo: Teguendama

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST- MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso decuado de estos?	✓		
¿Están las estanterias, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK WS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: compartir

Responsable del área: Fabio Iterck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Iterck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, boliquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificación de residuos en los puntos ecologicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores establecido?	✓		
¿El punto ecologico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterias, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos químicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK LUS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: vista hermosa

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Estan los pasillos, plataformas, escaleras, vias de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Estan libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterías, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las areas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK WS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: Candelaria 4

Responsable del área: Fabio Iterck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección: Fabio Iterck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Estan libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterias, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK US

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: Candelaria 2

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecologico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratacion y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterías, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caídas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos químicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en óptimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higiénico, toallas de un solo uso, jabón de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterías?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK LOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30- diciembre - 2025 Lugar de trabajo: villas de bolivar

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST- MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecologicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores establecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratacion y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterias, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las areas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK LOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: Potosi

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstáculos?	✓		
¿Están libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratacion y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterías, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Están los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caídas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos químicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterías?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK LOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.3 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30-diciembre-2025 Lugar de trabajo: Super lote

Responsable del área: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección: Fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
¿Están los pasillos, plataformas, escaleras, vías de evacuación, salidas de emergencia y corredores libres de obstaculos?	✓		
¿Estan libres de obstáculos todos los equipos de respuesta a incendios y emergencias en general, tales como extintores, camillas, botiquines, pulsadores de alarmas?	✓		
¿ Se realiza mantenimiento al área de almacenamiento de residuos? (el area esta limpia, canecas en buen estado).	✓		
¿Se realiza la clasificacion de residuos en los puntos ecológicos y canecas de las oficinas de acuerdo al codigo de colores estabecido?	✓		
¿El punto ecológico se encuentra identificado especificando el tipo de residuo que se debe depositar en cada caneca?	✓		
¿El personal cuenta con recipientes individuales para hidratación y hace uso deacuado de estos?	✓		
¿Están las estanterias, gabinetes, puertas y demás accesorios asegurados?	✓		
¿Estan los pisos y pasillos libres de cables, mangueras, sogas, cuerdas o cualquier objeto que pueda causar tropezones y caidas, y que obstaculice el libre desplazamiento de las personas?	✓		
¿Se encuentra organizada la bodega de materiales, donde se evidencie que los materiales más pesados se almacenan a nivel del piso y los menos pesados en la parte superior?	✓		
¿Se almacenan productos quimicos en recipientes aprobados para tal fin y se mantienen áreas de almacenamiento aprobadas?	✓		
¿Es adecuada la señalización de las áreas de trabajo?	✓		
¿Se estimulan los procesos de reciclaje promovidos por el residente del SG-SST?	✓		
¿Se mantiene limpia y despejada las áreas perimetrales cercanas a la oficina ?	✓		
¿Se almacenan herramientas de forma organizada y en el lugar asignado?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene la nevera, cafetera y dispensador de agua?	✓		
¿Se mantiene en optimas condiciones de higiene los sanitarios?	✓		
¿ Se cuenta con con papel higienico, toallas de un solo uso, jabon de manos y/o desinfectante?	✓		
¿Se realiza mantenimiento periodico a los sanitarios?	✓		
¿Se encuentra limpia la oficina, información organizada en carpetas y en estanterias?	✓		
¿Es adecuada la presentación del personal, dotación limpia y en buen estado?	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

Firma ejecutor OK WS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	BOGOTÁ Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Tres reyes

Responsable del área: fabio Mercl Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : fabio Mercl Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buén uso del baño.

Firma ejecutor OK RUS.

ANEXO 13

INSPECCIÓN DE CAMILLA Y BOTIQUIN

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Acapolco
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Herck Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	NA	✓		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	✓		
BAJA LENGUA	20	5	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2022	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2022	✓		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	✓		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Tequendama
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	x		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	5	NA	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	x		
BAJA LENGUA	20	3	NA	x		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	5	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	-	-	-		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	x		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	x		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	-	-	-		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	-	-	-		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	-	-	-		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Compartir
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Herck Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	x		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	2	NA	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	x		
BAJA LENGUA	20	7	NA	x		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	5	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	-	-	-		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	x		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	x		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	-	-	-		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	-	-	-		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	-	-	-		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Usta hermosa
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	x		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	5	NA	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	x		
BAJA LENGUA	20	5	NA	x		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	-	-	-		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	-	-	-		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	x		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	x		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	-	-	-		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	-	-	-		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	-	-	-		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Candelaria 1
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Herck Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	3	NA	✓		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	✓		
BAJA LENGUA	20	10	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	5	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	✓		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	candelaria 2.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Merck Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	X		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	8	NA	X		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	X		
BAJA LENGUA	20	10	NA	X		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	3	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	X		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	X		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Ubla de bolivar
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	X		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	5	NA	X		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	X		
BAJA LENGUA	20	15	NA	X		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2022	X		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	X		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Potosi
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	x		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	15	NA	x		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	x		
BAJA LENGUA	20	30	NA	x		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	10	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	x		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	—	—	—		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	x		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Super Lote
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Hercik Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	✓		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	9	NA	✓		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	✓		
BAJA LENGUA	20	15	NA	✓		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	3	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	✓		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2027	✓		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2027	✓		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN TIPO A	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.2 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30 - Diciembre - 2025	CONTRATISTA	Mavinp del norte
TIPO	Tipo A	REFERENCIA	Tres reyes
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	Fabio Herck Ramirez	CARGO	Residente SST

MATERIAL	CANTIDAD	CANTIDAD EXISTENTE	FECHA VENCIMIENTO	B	M	OBSERVACIONES
MORRAL MEDIANO EN LONA	1	1	NA	X		
GASAS DE 7.5 x 7.5 X 1 SOBRE ESTERILES	10	15	NA	X		
ESPARADRAPO EN TELA ROLLO DE 4" x 5	1	1	NA	X		
BAJA LENGUA	20	15	NA	X		
GUANTES EN LATEX PARA EXAMEN	5	5	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 2" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 3" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ELASTICA DE 5" x 5 YARDAS	1	1	NA	X		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 6x 5 YARDAS	1	—	—	—		
VENDA ALGODÓN DE 3x 5 YARDAS	1	—	—	—		
YODOPOVIDONA X 120	1	1	2022	X		
SOLUCION SALINA CLORURO DE 500 ML	2	1	2022	X		
INMOVILIZADOR DE CUELLO	1	—	—	—		
TIJERAS PUNTA ROMA	1	—	—	—		
TERMOMETRO VIDRO DE MERCURIO	1	—	—	—		

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLAS	Código: FOR-TH-007 Versión: 1 Página 1 de 1

Fecha de Inspección: 30 - diciembre - 2025 | CONTRATISTA: Mavinp del norte.

Inspección realizada por: Fabio Merck Ramirez | Residente SST-MN

No	Ubicación de la Camilla	ESTADO DE LAS CAMILLA																				OBSERVACIONES
		¿Se encuentra visible?		¿Es de fácil acceso?		¿Hay elementos que la obstruyan?		¿Se encuentra señalizada?		¿El soporte se encuentra en buenas condiciones?		¿Cuenta con correas de seguridad?		¿Cuenta con sujetadores para agarre?		¿Cuenta con inmovilizador inferior?		¿Cuenta con inmovilizador superior?		¿Estado General?		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Bueno	Regular	
1	Acapulco	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
2	Tequendama	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
3	compartir	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
4	candelaria 1	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
5	candelaria 2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
6	villas de bolivar	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
7	sober lote	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
8	Potosi	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
9	Tres reyes	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
10	vista hermosa	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		
11																						

Firma responsable inspección

ANEXO 14

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	FORMATO INSPECCION EXTINTORES	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.1 Versión 0.0 Febrero-2024

FECHA	30. diciembre - 2025	CONTRATISTA	Consorcio mavinp del norte
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	fabio Mercit Ramirez	CARGO	Residente SST-MA

No	No. De EXTINTOR (SERIE O NUMERO DE INVENTARIO)	TIPO DE EXTINTOR	FECHA DE RECARGA	UBICACIÓN	PRESIÓN		SELLO GARANTIA		MANOMETRO		CILINDRO		MANIJA		MANGUERA		PINTURA		SEÑALIZACION	DEMARCACION	OBSERVACIONES
					B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	3		2026	Acapulco	X		X		X		X		X		X		X		X		
2	2		2026	Tequendama	X		X		X		X		X		X		X		X		
3	2		2026	vista hermosa	X		X		X		X		X		X		X		X		
4	8		2026	compartir	X		X		X		X		X		X		X		X		
5	1		2026	condelaria 1	X		X		X		X		X		X		X		X		
6	5		2026	condelaria 2	X		X		X		X		X		X		X		X		
7	4		2026	villas de bolivar	X		X		X		X		X		X		X		X		
8	6		2026	Potosi	X		X		X		X		X		X		X		X		
9	10		2026	super lote	X		X		X		X		X		X		X		X		
10	9		2026	Tres reyes	X		X		X		X		X		X		X		X		

ANEXO 15

INSPECCIÓN DE EPP´S

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	INSPECCION DE EPP (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL)	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 14.4 Versión 0.0 Febrero-2025

FECHA	30-diciembre-2025	UBICACIÓN	Punto creq	N° CONTRATO	1726-2024

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN: Pablo Herck Ramirez — CARGO: Residente SST

CRITERIOS DE INSPECCIÓN	BUEN ESTADO	B	MAL ESTADO	M	NO USA	NU	NO APLICA	NA

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				Elementos de protección personal																		OBSERVACIONES
NOMBRE DEL TRABAJADOR	DOCUMENTO IDENTIDAD	CARGO	EMPRESA	Casco de seguridad	Gafas de seguridad	Tapabocas	Bota de seguridad	Bota caucho, punta de	Impermeable caucho	Guante carnaza	Guante vaqueta	Guante Nitrilo	Guante de caucho	Guante soldador	Protect Audt insercion	Protector auditivo copa	Careta de soldar	Mascarilla media Cara	Peto soldador	Mangas de carnaza	Otros	
ISMAEL URREGO URREGO	255850	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
HELBER DIAZ POLOCHE	1005726074	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
RODOLFO GALERA	1051884574	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
KEVIN ANDRES PULIDO	100096841	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
DELIO CARDENAS GUAYARA	5864083	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
MAICOL STIVEN VILLARRAGA DIAZ	1023367437	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
LEIDER RAFAEL PEREZ ALVAREZ	1192801845	ALAMACENISTA	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
NATALIA ANDREA MARTINEZ VELASQUEZ	1031132132	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
LUIS ENRIQUE LEON PRECIADO	82393327	OFICIAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
FAYBER STIBD REYES MORALES	1032359273	BOAL	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		
MICHEL ANTONIO LOPEZ QUITIAN	1026590983	CADENERO 1	CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	B	B	B	B	B	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	NA	NA	NA	NA		

ANEXO 16

PLAN DE TRABAJO SG-SST OBRA

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	PLAN DE TRABAJO DEL SG-SST CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	Anexo 9. Versión 0.0 Febrero-2025
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		

OBJETIVO: Documentar, Implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y en los estandares mínimos del SG-SST de la resolucion 0312 del 2019 con el fin de garantizar la disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales durante las actividades desarrolladas en el contrato "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"

TEMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AÑO 2025											RECURSOS				META	OBSERVACIONES
			FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	FINANCIEROS		
SEGURIDAD Y SALUD	Inducciones y reinducciones al personal	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Entrega de dotación y EPP	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
COPASST	Conformación del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
				E										x	x	x	x		
	Reuniones mensuales del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E		E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Inspecciones del COPASST	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
														x	x	x	x		
COMITÉ DE CONVIVECIA	Conformación del COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
				E										x	x	x	x		
	Reuniones trimestrales del COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E		E			E		E				x	x	x	x		
	Capacitaciones al COCOLA	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
								E	E					x	x	x	x		
MEDICINA PREVENTIVA	Realización y/o verificacón examenes oupacionales de alturas de ingreso, periodicos y egreso	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Notificación de recomendaciones médicas Ocupacionales / Seguimiento recomendaciones derivadas de los examenes	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Registro de indicadores de ausentismo laboral	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Actualización de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E			E							x	x	x	x		
	Actividades de prevención de lesiones en manos	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E		E			E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Ejecución de cronograma de inspecciones de seguridad.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
				E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
EMERGENCIAS	Inspección de equipos de emergencia	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
				E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Realización de Simulacro Evacuación	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
											E	E	E	x	x	x	x		
	Analisis y evaluación del simulacro	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
											E	E	E	x	x	x	x		
TRABAJO EN ALTURAS Y EXCAVACIONES PROFUNDAS	Apertura y cierre de permisos de trabajo y AST para actividades en alturas y espacios confinados (Excavaciones mayores a 1.5 m de profundidad)	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
						E			E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Seguimiento al estandar de señalización de seguridad industrial y del PMT.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
					E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
CAPACITACIÓN	Desarrollo de capacitaciones de acuerdo al cronograma.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
PARTES INTERESADAS	Notificación de requisitos SST a contratistas y proveedores.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
					E	E	E	E	E	E				x	x	x	x		
ACCIDENTALIDAD	Estadisticas de accidentalidad	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
				E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	x	x	x	x		
	Acciones correctivas y preventivas de acuerdo con las investigaciones de accidentes, inspecciones, revisiones gerenciales y/o visitas del cliente.	Residente SST Auxiliar SISOMA	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	x	x	x	x	85%	
									E	E	E	E	E	x	x	x	x		
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL CRONOGRAMA			23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23						
TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL CRONOGRAMA			10	13	13	14	13	14	16	16	16	16	16						
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO MES A MES DEL CRONOGRAMA			43%	57%	57%	61%	57%	61%	70%	70%	70%	70%	70%						



Firma:		Firma:
Realizado por: ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA		Aprobado por: ING.
Cargo: Residente SST		Cargo: Residente SST interventoria

ANEXO 17

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Contrato	**1726 de 2024**
Empresa	**CONSORCIO MAVINP DEL NORTE**
NIT	**901.903.126-3**
Representante legal	**PAOLO ANDRES BIANCHI GANEM**
Objeto	**"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS Y A MONTO AGOTABLE LA ACTUALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTACIÓN Y/O AJUSTES A LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, Y LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN DEL ESPACIO PUBLICO DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR, PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS"**
Dirección	**KR 15 #93A-84 OFI 307**
Teléfono	**3003500892**
Valor total del contrato	**$ 8.181.818.182**
Actividad Económica	Construcción de otras obras de ingeniería civil.
CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	4290

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE, Prescribe el siguiente reglamento, contenido en los siguientes términos:

ARTÍCULO 1: El consorcio se compromete a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes, tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una adecuada y oportuna prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y de la promoción de la salud de los trabajadores.

ARTÍCULO 2: El consorcio se obliga a promover y garantizar la constitución y funcionamiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo establecido por el Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de1989, Decreto 1295 de 1994, Decreto 1771 de 1994, y demás normas que con tal fin se establezcan.

ARTÍCULO 3: El consorcio se compromete a designar los recursos necesarios para desarrollar actividades permanentes de Salud Ocupacional de conformidad con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, (Elaborado de acuerdo el Decreto 1443 de 2014 - hoy compilado en el Decreto 1072 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en el Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6.).El cual consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y 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 salud en el trabajo.

ARTÍCULO 4: Los riesgos existentes en El consorcio están constituidos principalmente por:

a) ÁREA ADMINISTRATIVA:

- **Biomecánico** (Postura prolongada, movimiento repetitivo).
- **Psicolaboral** (Condiciones de la tares, jornada de trabajo, gestión organizacional).
- **Físico** (Iluminación)**.**
- **Condiciones de seguridad** (Locativo, electico, accidentes de tránsito, público).

b) PLANTA O ÁREA OPERATIVA:

- **Condiciones de seguridad**: (Mecánico, Eléctrico, Locativo, Tecnológico, Accidentes de tránsito, Públicos, Espacios confinados).
- **Físico** (Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas, presión atmosférica, radiaciones ionizantes y no ionizantes).
- **Químico** (Polvos orgánicos e inorgánicos, fibras, líquidos, material particulado, gases y vapores).
- **Psicosocial** (Gestión organizacional, Características de la organización del trabajo, Características del grupo social de trabajo, Condiciones de la tarea, Interface persona – tarea, Jornada de trabajo).
- **Biomecánico**: (Postura, Esfuerzos, Movimiento repetitivo, Manipulación manual de cargas).
- **Fenómenos naturales**: Sismo, Terremoto, Vendaval, Inundación, Derrumbe, Precipitaciones).
- **Biológico** Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, rickettsias, fluidos o excrementos.

PARAGRAFO: A efecto de que los riesgos contemplados en el presente Artículo, no se traduzcan en accidente de trabajo o enfermedad laboral, El consorcio ejercerá control en la fuente, en el medio o en el individuo, de conformidad con lo estipulado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual se dé a conocer a todos los trabajadores y partes interesadas.

ARTÍCULO 5: El consorcio y sus trabajadores darán estricto cumplimiento a las disposiciones legales, así como las normas técnicas e internas que se adopten para lograr la implementación de las actividades de Salud Ocupacional, que sean concordantes con el presente Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 6: El empleador proporcionará a todo trabajador que ingrese por primera vez a El consorcio, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

ARTÍCULO 7: Este reglamento permanecerá exhibido en, por lo menos dos lugares visibles de los locales de trabajo, cuyos contenidos se dan a conocer a todos los trabajadores y partes interesadas.

ARTÍCULO 8: El presente reglamento tendrá vigencia a partir de su publicación y durante el tiempo que El consorcio conserve sin cambios sustanciales las condiciones existentes en el momento de su emisión, tales como actividad económica, métodos de producción, instalaciones locativas o cuando se dicten disposiciones gubernamentales que modifiquen las normas del Reglamento o que limiten su vigencia.

_____

Firma Representante Legal

CLASIFICACIÓN DE PELIGROS – GTC 45

BIOLOGICO	FISICO	QUIMICO	PSICOSOCIAL	BIOMECANICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD	FENOMENOS NATURALES
Virus	Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Polvos organicos, inorganicos.	Gestión organizacional (estilo de mando, contratación, participación, inducción y capactación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios).	Postura (prolongada, mantenida, forzada, antigravitacional)	Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados, sólidos o fluidos)	Sismo
Bacterias	Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Fibras	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas, cualitativas y cuantitativas de la labor).	Esfuerzos	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	Terremoto
Hongos	Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Líquidos (nieblas y rocios)	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).	Movimiento repetitivo	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel), condiciones de orden y aseo, caídas de objetos).	Vendaval
Ricketsias	Temperaturas extremas (calor y frio)	Gases y vapores	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	Manipulación manual de cargas	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	Inundación

Parásitos	Presión atmosférica (normal y ajustada)	Humos metálicos y no metálicos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización).		Accidentes de tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiaciones ionizantes (Rayos X, gama, beta y alfa)	material particulado	Jornada de trabajo, (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)		Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc)	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
Mordeduras	Radiaciones no ionizantes (laser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)				Trabajo en alturas	
Fluidos o excrementos					Espacios confinados	

ANEXO 18

MATRIZ DE PELIGRO

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y CONROL DE RIESGOS	BOGOTÁ
Contrato de Obra No. 1726 de 2024		Anexo 13.1 Versión 0.0 Febrero-2025
RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACION:	ING. FABIO MERCK RAMIREZ POVEDA - RESIDENTE SST	
FECHA DE LA ACTUALIZACION DE LA MATRIZ:	27/10/2023	

				PELIGROS			EXPUESTOS			CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION DEL RIESGO	CRITERIOS PARA CONTROLES				
PROCESO	ACTIVIDAD	TAREA	RUTINARIA	DESCRIPCION	CLASIFICACION	EFECTOS POSIBLES	PLANTA	MISIÓN	TOTAL	FUENTE	MEDIO	INDIVIDUO	Nivel de Deficiencia	Nivel de Exposición	Nivel de Probabilidad (ND*NE)	INTERRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD	Nivel de Consecuencia	Nivel de Riesgo (NR) e Intervención	INTERRETACION DEL NIVEL DE RIESGO	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	ELIMINACIÓN	SUSTITUCIÓN	CONTROL DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVAS, SEÑALIZACION, ADVERTENCIA	EQUIPOS/ ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
PROCESO ADMINISTRATIVO	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS - LEVANTAMIENTO DE ACTAS DE VENCIDAD	ACTIVIDADES DOCUMENTALES Y DE INFORMES	NO	Gestión Organizacional	Psicosocial	Cambios sociológicos del comportamiento (agresividad, ansiedad) o trastornos físicos o psicosomáticos (fatiga, dolor de cabeza, hombros, cuello, espalda estrés, alteraciones nerviosas, reacciones agresivas)	2	0	2	Ninguno	Ninguno	- Charlas de seguridad - Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Entrega de manuales de funciones. * Implementar programa de estilos de vida saludables. * Implementar programa de pausas activas. * Publicar reglamento interno de trabajo. * Generar jornadas de recreación y deporte. * Aplicar bateria de riesgo psicosocial.	N/A
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	2	0	2	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	* Adquisión de escritorios que permitan una adecuada ubicación de las muñecas para evitar lesiones en las mismas.	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periodicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Posturas prolongadas	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	* Adquisición de sillas ergónimicas. * Adquisición de apoya pies y escritorios de acuerdo a las necesidades del trabajador.	* Realizar capacitación de higiene postural. * Establecer programa de pausas activas. * Desarrollar programa de estilos de vida saludable. * Implementar programa de prevención de lesiones osteomusculares. * Evaluación de puestos de trabajo.	N/A
			NO	Iluminación (Luz visible)	Físico	Deslumbramientos, cefalea, disminución de la destreza y precisión, deslumbramiento	10	0	13	* Control del brillo de las pantallas.	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Examenes médicos ocupacionales (Ingreso, periódicos) que incluyan visiometría. * Realizar inspecciones de puesto de trabajo. * Se recomienda realizar mediciones de iluminación de puestos de trabajo.	
			NO	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * No acumular objetos innecesarios en los puestos de trabajo. * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			NO	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	10	0	10	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			NO	Sismos	Fenomenos Naturales	Golpes, heridas, contusiones, Fracturas, politraumatismos, muertes.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Conformar y capacitar brigada de emergencias. * Establecer plan de atención de emergencias. * Instalar señalización de salidas de emergencias. * Se recomienda realizar simulacros de evacuación, primeros auxilios e incendios.	Ninguno
			NO	Publico	Condiciones de seguridad	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer personal especifico para la radicación de los formularios de afiliación. * Evitar vías que presenten aglomeraciones. * Evitar llevar objetos de valor. * Establecer vías de comunicación constante con la oficina.	N/A
			NO	Publico	Robos, atracos	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	10	0	10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer personal especifico para la radicación de los formularios de afiliación. * Evitar vías que presenten aglomeraciones. * Evitar llevar objetos de valor. * Establecer vías de comunicación constante con la oficina.	N/A
			SI	Condiciones de la Tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, des confort, cefaleas.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	* Charlas de seguridad * Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Charlas de auto cuidado * Pausas activas * Entrega de elementos y herramientas adecuadas según actividad registro formato de entrega. * Entrega de los roles y responsabilidades al trabajador que desempeñe una labor en la organización. * Campaña de trabajo en equipo. * Adecuación de buzón de quejas, reclamos y sugerencias. * Evaluación del estado del desgo psicosocial en la labor	Ninguno
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Público - Robos	Condiciones de seguridad	Heridas, golpes, contusiones, fracturas, estrés, muerte.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	I Los trabajadores sociales deben realizar las actas de vecindad siempre acompañados, no hacer uso del celular ni llevar objetos de valor. I Mantener comunicación constante con la profesional social sobre el sitio donde se	2	2	4	Bajo	100	400	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Solicitar acompañamiento de entidas de seguridad. * Verificar el estado de las vías, posibles retenes, etc. * Evitar tomar vías que presenten aglomeraciones * No llevar objetos ni prendas de valor.	N/A

		Socialización del proyecto a la comunidad en el area de influencia directa (entrega de volantes, elaboración de actas de vecindad, reuniones de inicio, finalización y extraordinarias)	SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	4	0	4	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de sintomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manY8.Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, traumas, fisuras	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer programa de control de riesgo locativo. * Realizar jornadas de orden y aseo, * Realizar la separación de residuos de acuerdo al código de colores vigente.	*Casco de seguridad * Botas de seguridad *Overol
			SI	Lluvias	Fenomenos Naturales	Inundaciones, shock por descargas atmósfericas, pérdidas de equipos, paradas de trabajo	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Uso de ropa impermeable y abrigada. * Programación en espacios cubiertos; estructuras o campamentos. * Llevar elementos para la lluvia (paraguas, sombrillas, botas)	* Overol impermeable * Botas de seguridad de caucho
			SI	Caracteclerísticas del grupo social de trabajo (Relaciones)	Psicosocial	Fatiga, estrés,disminución de la destreza y precisión. Estados de asiedad y/o depresión, trastornos digestivos.	4	0	4	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Establecer procedimiento de comunicación en todos los niveles de la organización y dirección. * Aplicar bateria de riesgo psicosocial y acatar recomendaciones para el desarrollo de mecanismos de defensa al estrés. * Establecer programa de pausas activas. * Publicar reglamento interno de trabajo.	Ninguno
Demolición y fundida	Demolición mecánica de losas de contreto y andenes		NO	Material Particulado	Químico	N+G24:G25eumoconiosis, bisinosis, neumonitis, asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25		Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Cerramiento temporales con malla para evitar la dispersión de material particulado. * Programa de inspección de elementos de protección personal * Examenes médicos periodicos,	* Protector respiratorio para material particulado * Gafas de seguridad
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Analisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas fisicas y mentales.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periodicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Posturas prolongadas y mantenidas (Sentado)	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
	Excavación mécanica de la estructura existente		NO	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis, asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Cerramiento temporales con malla para evitar la dispersión de material particulado. * Programa de inspección de elementos de protección personal * Examenes médicos periodicos,	* Protector respiratorio para material particulado * Gafas de seguridad
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Capacitar al personal en el manejo adecuado de maquinaria. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Analisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas fisicas y mentales.	Ninguno
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periodicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A

PROCESO CONSTRUCTIVO			NO	Eléctrico (Baja tensión - conexiones eléctricas)	Condiciones de seguridad	Corto circuito, conatos de incendio, lesiones múltiples, quemaduras, muerte, daños materiales	25	0	25	Ninguno	Señalización conexiones	Ninguna	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Mantenimiento de maquinaria, revisión de conexiones eléctricas internas. * Jornadas de orden y aseo. * Programa de inspección locativo. * Plan de emergencias atención primera respondiente.	Ninguno
			NO	Posturas prolongadas y mantenidas (Sentado)	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
		Cargue y descargue de materiales	NO	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea)	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	* Charlas de seguridad * Realización encuesta riesgo psicosocial	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	*Programa psicosocial. * Conformación COCOLA. *Evaluación desempeño laboral	Ninguno
			NO	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaquela, otros * Gafas de seguridad negras
			NO	Condiciones de la tarea	Psicosocial	Estrés, fatiga, disconfort, cefaleas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Jornada de integración grupal * Análisis de puestos de trabajo. * Rotación de tareas * Distribucion de los tiempos de exposición a las condiciones ambientales. * Pausas activas físicas y mentales.	Ninguno
			NO	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Desordenes de trauma acumulativo, lesiones del sistema músculo esquelético, fatiga, alteraciones del sistema vascular.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar programa de pausas activas y realizar seguimiento a su ejecución. * Realizar examenes médicos de ingreso y periodicos con enfasis osteomuscular. * Realizar capacitación de higiene postural y prevención de lesiones osteomusculares.	N/A
			NO	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			NO	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	Uso de protector respiratorio.
			NO	Locativo Superficies de trabajo (irregulares deslizantes con diferencia del nivel - caminado en las parillas de hierro)	Condiciones de seguridad	Golpes, traumas, caídas, torceduras, fisuras	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	3	6	Medio	25	150	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa control riesgo locativo. * Adecuación de senderos peatonales. * Programa de inspección locativo	Ninguno
	Fundida de concreto en vías y andenes	Perforaciones para instalación de dovelas	SI	Maquinarla y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Posturas prolongadas y mantenidas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Alteraciones sistema osteomuscular, trastornos circulatorios en las piernas Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * Establecer área de almacenamiento * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO). * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid-19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Uso de protector respiratorio.

			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Espacios Confinados	Condiciones de seguridad	Intoxicación, incendios y explosiones, derrumbes, atrapamientos.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	60	240	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Capacitar al personal en trabajo seguro en espacios confinados. * Conformar y capacitar a la brigada de emergencias de rescate. * Implementar programa de señalización.	Ninguno
		Instalación, vibrado y terminación de concreto	SI	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno local y nacional.	
			SI	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis, asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Realizar inventario de sustancias químicas utilizadas * Etiquetar productos de aseo de acuerdo con la normatividad vigente. * Publicar matriz de compabilidad de las sustancias almacenadas * Programar capacitación de sustancias químicas.	Uso de protector respiratorio para material particulado
Acabados y remates		Acabados y remates en espacio publico	SI	Gases y Vapores	Químico	Alteraciones del sistema respiratorio y nervioso, afectación ojos, vía cutánea, intoxicaciones	25	0	25	Almacenamiento apropiado de las sustancias químicas	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Programa de sustancias químicas. * Identificación de epp * Capacitación manejo de sustancias químicas * Inventario de sustancias químicas * Señalización del acopio de las sustancias químicas * Etiquetado de las sustancias químicas	Guantes de seguridad de cauco Tapa bocas de seguridad gafas de seguridad
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
		Dilatación y sello de juntas en losas de concreto	SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO). * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid-19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Protector respiratorio
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Material Particulado	Químico	Neumoconiosis, bisinosis, neumonitis, asma profesional, EPOC, cáncer y muerte	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	1	2	Bajo	25	50	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Realizar inventario de sustancias químicas utilizadas * Etiquetar productos de aseo de acuerdo con la normatividad vigente. * Publicar matriz de compabilidad de las sustancias almacenadas * Programar capacitación de sustancias químicas.	Uso de protector respiratorio para material particulado
			SI	Líquidos, nieblas o rocíos	Químico	Alteraciones del sistema respiratorio y nervioso, afectación ojos, vía cutánea, intoxicaciones	25	0	25	Almacenamiento apropiado de las sustancias químicas	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Programa de sustancias químicas. * Identificación de epp * Capacitación manejo de sustancias químicas * Inventario de sustancias químicas * Señalización del acopio de las sustancias químicas * Etiquetado de las sustancias químicas	Guantes de seguridad de caucho Tapa bocas de seguridad gafas de seguridad
Levantamiento de muros		Construcción de muros, perforación	SI	Maquinaria y Herramientas	Mecánico	Golpes, contusiones, cortaduras, heridas.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	25	100	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Diseñar e implementar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo dpara maquinas. * Realizar inspecciones de seguridad general y especificas a maquinas, equipos y herramientas. * Capacitar al personal sobre el riesgo	* Casco de seguridad, * Gafas de seguridad * Protector respiratorio
			SI	Posturas prolongadas y mantenidas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno
			SI	Manipulación manual de cargas	Biomecánico	Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular * Definir tiempos de descanso * Capacitar al personal en manipulación manual de cargas, uso de herramientas y movimientos antigravitacionales o que exceden los ejes del cuerpo humano.	Ninguno
			SI	Movimientos repetitivos	Biomecánico	Alteraciones sistema osteomuscular, trastornos circulatorios en las piernas Desórdenes musculo esqueléticos - fatiga - cervicalgia - dolor en miembros superiores - cefalea	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Descansos en la jornada laboral	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Programa prevención de lesiones osteomusculares. * Realizar pausas activas. * Seguimiento exámenes médicos ocupacionales énfasis osteomuscular	Ninguno

	de contensión	manual y mecanica, trabajo en alturas	SI	Condiciones de orden y aseo	Locativo	Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones o muerte.	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	2	Bajo	10	20	4	ACEPTABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Implementar jornadas de orden y aseo. * Realizar adecuación de punto ecológico, y programa de gestión de residuos. * Establecer área de almacenamiento * Establecer cronograma de inspecciones (Orden y aseo)	Ninguno
			SI	Covid 19	Biológicos	Dolor de cabeza, fatiga, dolor de garganta, fiebre mayor a 38°c, dificultad respiratoria.	25	0	25	Vacuna	* Distanciamiento social mínimo de 1.5 metros * Espacios ventilados * Aseo de superficies	* Inmunización del personal de acuerdo a plan de vacunación del gobierno nacional * Uso de tapabocas * Lavado de manos cada tres horas * Aislamiento preventivo en caso de síntomas	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	* Inmunización de la población.	Ninguno	Ninguno	* Implementación del protocolo de bioseguridad para la prevenciónd el Covid - 19 (PAPSO) * El personal debe presentar el carné de vacunación contra el Covid-19 * Fomento de trabajo en casa para los cargos que lo permitan (Administrativos) * Realización de comités y reuniones de manYB:Y10era virtual haciendo uso de las diferentes plataformas tecnologicas. * Acatamiento de las disposiciones legales emitidas por el gobierno	Uso de protector respiratorio.
			SI	Exposición a radiaciones no ionizantes (Exposición rayos solares)	Físico	Fatiga, quemaduras solares, falta de concentración	25	0	25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	2	2	4	Bajo	10	40	3	MEJORABLE	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Identificación de epp * Capacitación uso y mantenimiento de epp * Campaña prevención de enfermedades asociadas a la exposición de los rayos solares.	* Casco de seguridad * Overol, chaqueta, otros * Gafas de seguridad negras
			SI	Trabajos en alturas	Condiciones de seguridad	Caídas a distinto nivel. Derrumbe de estructuras. Golpes por caída de objetos. Atrapamiento. Contactos eléctricos.	25	0	25	Verificación de elementos de protección contra caídas	Arme y desarme de andamios con verificación de coordinador de alturas	Se solicita y se verifica la formación que tenga en trabajo seguro en alturas nivel avanzado	2	2	4	Bajo	60	240	2	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	Ninguno	Ninguno	Ninguno	* Capacitar al personal en trabajo seguro en alturas. * Conformar y capacitar a la brigada de emergencias de rescate. * Implementar preoperacionales para verificar estado de equipos y elementos de protección personal	Ninguno

FECHA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	REALIZADO POR

CARGO

ANEXO 19

CAMPAMENTOS

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	BOGOTÁ Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Super lote

Responsable del área: fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en optimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK RUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	BOGOTÁ Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Potosí

Responsable del área: Fabio Herck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección: Fabio Herck Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor: OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Ulos de bolivar

Responsable del área: fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

Responsable de la inspección : fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotacion, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: candelaria 2

Responsable del área: fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspección : fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en optimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en optimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia)	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contralistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: condelaria 1

Responsable del área: fabio Mercis Ramirez Cargo: Residente SST-MN

Responsable de la inspección : fabio Merck Ramirez Cargo: Residente SST-MN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en optimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en optimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabon de manos y papel higienico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotación en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Vista hermosa

Responsable del área: fabio Mercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

Responsable de la inspección : fabio Mercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con botiquín de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotación en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contralistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor: OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: compartir

Responsable del área: fabio Mercis Ramirez Cargo: Residente SST-MN

Responsable de la inspección : fabio Mercis Ramirez Cargo: Residente SST-MN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en optimas condiciones de higiene)	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotación en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK RUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Tequendama

Responsable del área: fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

Responsable de la inspección: fabio Hercik Ramirez Cargo: Residente SST-MN

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene)	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en óptimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicacion del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contralistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK BUS.

CONSORCIO MAVINP DEL NORTE Contrato de Obra No. 1726 de 2024	INSPECCIÓN CAMPAMENTOS DE OBRA	BOGOTÁ Anexo 14.15 Versión 0.0 Febrero-2025

Fecha: 30 = Diciembre -2025 Lugar de trabajo: Acapulco

Responsable del área: fabio Mercl Ramirez Cargo: Residente SST-MA

Responsable de la inspeccion : fabio Mercl Ramirez Cargo: Residente SST-MA

ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO	N/A
Se cuenta con camilla de emergencia (La camilla cuenta con reatas, se encuentra en óptimas condiciones de higiene)	✓		
Se cuenta con botiquin de primeros auxilios tipo A (Se encuentra en óptimas condiciones de higiene).	✓		
Se cuenta con extintor tipo multiproposito (Se encuentra cargado y vigente) FV: Agosto 2022	✓		
Se cuenta con unidad sanitaria operativa.	✓		
La unidad sanitaria se encuentra en optimas condiciones de higiene.	✓		
Se cuenta con lavamanos operativo.	✓		
La unidad sanitaria cuenta con toallas de un solo uso, jabón de manos y papel higiénico.	✓		
El campamento cuenta con cartelera informativa (Politicas del SG-SST, integrantes de comités, telefonos de emergencia).	✓		
El campamento cuenta con un area para que los trabajadores se cambien de ropa y la guarden de una manera adecuada.	✓		
Son adecuadas las condiciones de orden y aseo del campamento de obra.	✓		
Los sumideros que se encuentran aledaños al campamento se encuentran protegidos.	✓		
El personal cuenta con la dotacion en buen estado y limpia.	✓		
El personal conoce la ubicación del punto ecologico y lo usa de manera correcta.	✓		
Los materiales y herramientas se encuentran almacenadas de manera correcta.	✓		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
Se recomienda a los contratistas y personal en general hacer buen uso de las instalaciones del punto CREA, mantener la dotación, pertenencias en orden, antes de ingresar a la oficina hacer limpieza de las botas, hacer buen uso del baño.

Firma ejecutor OK BUS.