CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CO1.PCCNTR.8186181/2833 DE 2025.
OBJETO: "DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO.0522 DE 24 DE MAYO DE 2025.".

CONTRATISTA: CONSORCIO PEB-JI

R/L. JORGE IVAN ARIAS FLOREZ

CONTRATO DE INTERVENTORÍA CO1.PCCNTR.8206135/2971 DE 2025

OBJETO: "INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURIDICA, CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025."

INTERVENTORIA: CONSORCIO INTER MAP-LAR

R/L: MAIRA ALEJANDRA PICON GARCIA

TOMO II. INFORME MENSUAL SST No. 6

13 DE FEBRERO AL 12 MARZO DEL 2026

ENTIDAD CONTRATANTE: GOBERNACION DE BOYACÁ

FEBRERO,2026

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVO GENERAL 3
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS 3
4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 4
5. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO: 5
6. ACTIVIDADES TÉCNICAS 6
7. SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y CONTROL DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REALIZADA POR LA INTERVENTORIA 10
8. RELACIÓN DE TRABAJADORES DIRECTOS 10
9. RELACIÓN DE TRABAJADORES INDIRECTOS 14
10. SOPORTE DE AFILIACION Y PAGO DE APORTES DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS – ARL – AFP) 15
11. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL 15
12. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 16
13. EXÁMENES DE INGRESO 16
14. EXAMEN DE RETIRO 16
15. ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO 16
16. CAPACITACIONES SST 16
17. INSPECCIONES DE SEGURIDAD 17
18. EVIDENCIA INDUCCIÓN DEL PERSONAL Y SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 17
19. PESV 17
20. CERTIFICADO DE DEDICACIÓN DEL RECURSOS HUMANOS 17
21. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLAR POR LA INTERVENTORÍA 17
    a. Actividades administrativas: 17
    b. Actividades técnicas en campo: 18
22. REGISTRO FOTOGRÁFICO 19
23. CONCLUSIONES 20
24. ANEXOS 20

1. INTRODUCCION

Este documento presenta el informe de la Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo desarrollada por el contratista de obra durante la ejecución de las actividades en el periodo comprendido entre el **13 de febrero al 12 de marzo del 2026**.

El contratista **CONSORCIO PEB-JI** es el responsable de la ejecución de las obras y de la correcta implementación del plan de trabajo de SST aprobado durante el tiempo de ejecución del proyecto, generado con el fin de garantizar los estándares de seguridad vigentes.

2. OBJETIVO GENERAL

Evidenciar la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo previo a la ejecución de las actividades, teniendo como referencia el plan de trabajo SST presentado por el contratista y aprobado por la teoría para el tiempo de ejecución del proyecto.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente y de los requisitos contractuales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).
- Constatar la implementación de medidas de prevención y control frente a los riesgos presentes en las diferentes fases y actividades del proyecto.
- Evaluar la gestión de afiliaciones a la seguridad social integral y los exámenes médicos ocupacionales del personal vinculado al proyecto.
- Emitir observaciones y recomendaciones orientadas a mejorar la gestión en SST y fortalecer las condiciones de seguridad en el proyecto.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto objeto de interventoría se desarrolla en el Departamento de Boyacá, en diferentes municipios donde se encuentran ubicadas las estructuras priorizadas para atención de sitios críticos de la red vial terciaria. Dichas estructuras corresponden principalmente a puentes que garantizan la conectividad rural y el tránsito seguro de las comunidades, representando puntos estratégicos dentro de la red vial departamental.

4.1 GENERALIDADES:

DATOS GENERALES DEL CONTRATO DE OBRA:

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE OBRA	
No DEL CONTRATO Y F	CO1.PCCNTR.8186181/2833 de 2025
CONTRATANTE	Gobernación de Boyacá
CONTRATISTA	CONSORCIO PEB-JI.
N.I.T.	901.977.234-8
REPRESENTANTE L	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ,
CC.	1.090.464.698
OBJETO DEL CONTRATO	DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	DOCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE ($12.355.041.952.00)
VALOR ADICIONAL	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE ($12.355.041.952.00)
PLAZO INICIAL	CUATRO (04) MESES.
PLAZO ADICIONAL	N/A
PLAZO TOTAL	CUATRO (04) MESES.
DISPONIBILIDAD PRES	4154 del 28 de julio de 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL	6349 DEL 20 DE AGOSTO DE 2025
SUPERVISOR	OSCAR IVAN PINZON SANCHEZ
INTERVENTOR(Externo)	CONSORCIO INTER MAP-LAR
ACTA DE INICIO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA TERMINACIÓN INICIAL:	31 DE DICIEMBRE DE 2025
ACTA DE SUSPENSIÓN	24 DE DICIEMBRE DE 2025
ACTA DE REINICIO	13 DE ENERO DE 2026

FECHA DE TERMINACIÓN ACTUALIZADA	30 DE ABRIL DE 2026

tabla 1 Generalidades del Proyecto

5. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto se encuentra localizado en el **DEPARTAMENTO DE BOYACÁ,** el cual está ubicado en el centro-este del país, en la región andina, contando con un total de de 123 municipios de los cuales hacen parte de cada una de las provincias del mismo. La información del sitio es la siguiente:

Altitud media: 2427 metros sobre el nivel del mar.

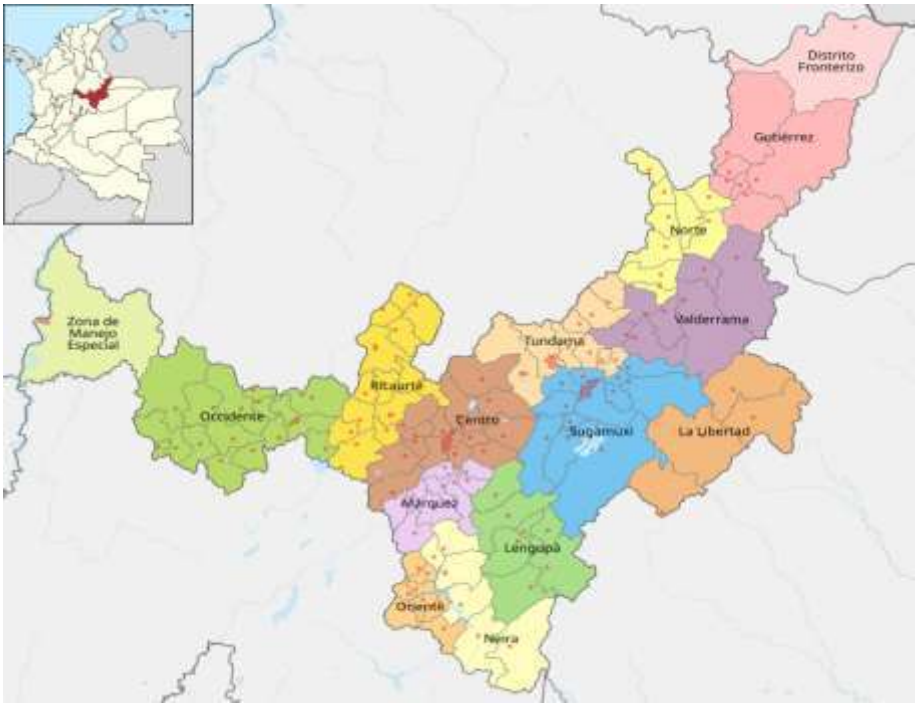
Extensión: 23.189 kms2.

Población: 1.324.122 Hab.

Coordenadas geográficas: 5°45´N y 73°06´0

La localización del sitio se puede encontrar en la figura 1.

Figura 1. Localización del departamento de Boyacá.



Fuente: Tomada de internet

6. ACTIVIDADES TÉCNICAS

El proyecto comprende la atención de noventa (90) estructuras distribuidas en diferentes municipios del departamento de Boyacá, las cuales presentan afectaciones derivadas de la ola invernal declarada mediante el Decreto Departamental No. 0522 del 24 de mayo de 2025. No obstante, considerando el carácter de monto agotable del contrato y la necesidad de optimizar los recursos disponibles, la Secretaría de Infraestructura Pública de Boyacá, en coordinación con la Interventoría Consorcio INTER MAP-LAR, definió a través de comités técnicos, una priorización de puentes. Esta selección se realizó con base en criterios de estado crítico, impacto en la movilidad regional, condiciones de accesibilidad y nivel de riesgo para las comunidades, con el propósito de concentrar las actividades de diagnóstico en los sitios con mayor influencia e importancia funcional dentro de la red vial terciaria departamental.

	PROVINCIA	MUNICIPIO	PUENTE	LOCALIZACIÓN	CATEGORÍA VÍA
1	OCCIDENTE	BRICEÑO	PUENTE QUEBRADA PEÑA QUEMADA	60BY06 CRUCE RUTA 6007 - GUANARES - SANTA ROSA - MARIPI- LA VEGA DEL TIGRE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
2	OCCIDENTE	PAUNA	PUENTE IBACAPI	5022688-PAUNA-RIO IBACAPI-ALTO DEL SALVAL	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
3	NORTE	SOATA	PUENTE PINZON	55BY12 SOATA - BOAVITA - LA UVITA - SAN MATEO - GUACAMAYAS - EL EMPALME (CRUCE VIA 55BY13)	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
4	VALDERRAMA	TASCO	PUENTE QUEBRADA CARBONERA	6103 PUENTE BLANCO - SANTA TERESA (CRUCE RUTA 64)	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
5	OCCIDENTE	BUENA VISTA	PUENTE QUEBRADA LA ONDA	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
6	VALDERRAMA	CHITA	PUENTE LO BLANCO	64BY02 - EL ARBOLITO - CHITA - LA UVITA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
7	OCCIDENTE	COPER	PUENTE QUEDRABA CHORRERA SECTOR EL PEÑON	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
8	OCCIDENTE	La Victoria	PUENTE SOBRE QUEBRADA NOPASAL	51075 Quipama - La Victoria	INVIAS
9	RICAUTE	SANTA SOFIA	PUENTE QUEBRADA GUATOQUE	62BY01 MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
10	MARQUEZ	VIRACACHA	PUENTE JUYASIA	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
11	MARQUEZ	TIBANA	PUENTE MOLINO	CRUCE RUTA 55-VENTAQUEMADA TURMEQUE-TIBANA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
12	ORIENTE	ALMEIDA	PUERTO CONEJO	56BY07 BOQUERON DE CHIVOR - NARANJOS - CRUCE VIA 56BY04	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
13	OCCIDENTE	TUNUNGUA	PUENTE CANUTILLO	Vía Tunungua Florian	MUNICIPAL

14	ORIENTE	SOMONDOCO	PUENTE VEREDA SAN SEBASTIÁN	56BY04-1 ALMEIDA - SOMONDOCO - SIAVITA - GUAYATA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
15	GUTIERREZ	GUACAMAYAS	PUENTE URAGON	55304 MIRAFLORES - SANTA ANA - CENTRO MORTIÑAL- CASIANO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
16	OCCIDENTE	BRICEÑO	PUENTE ZAPOTE	60BY06-CRUCE TUTA 60- PIEDRA GORDA-LIMITES CON SANTANDER	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
17	OCCIDENTE	PAUNA	PUENTE TUNERA	D1553105-HONDA Y VOLCAN-VEREDA LA ESPERANZA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
18	LENGUPÁ	MIRAFLORES	PUENTE LA COLORADA	61BY02 GARAGOA - MIRAFLORES	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
19	OCCIDENTE	MARIPI	PUENTE LA PIACHE ZULIA MARIPI	60BY09-CRUCE RUTA6007-GUANARES-SANTA ROSA- MARIPI- LA VEGA DEL TIGRE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
20	LIBERTAD	PAYA	PUENTE RIO NEGRO	65BY01-1ALTO DEL OSO - PAYA - MORCOTE - LIMITES CON CASANARE (VIA NUNCHIA)	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
21	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE QUEBRADA SISVACA	51660- Aquitania - Siscasa - Maravillas	TERCIARIA INVIAS
22	OCCIDENTE	QUIPAMA	PUENTE EL ATILLO	Vereda La Cubana Municipio de Quipama sobre la Quebrada El Batán	MUNICIPAL
23	SUGAMUXI	PESCA	PUENTE LA 66	D1554205-MUNICIPIO PESCA - SUANEME	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
24	TUNDAMA	DUITAMA	PUENTE LA BALSA	55BY09 CRUCE RUTA 55 (BRITALIA) - PANTANO VARGAS	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
25	ORIENTE	GUAYATA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA CHITAVITA	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA-GUATEQUE - GUAYATA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
26	GUTIERREZ	GUICAN	PUENTE ROJO	D1524401 GUICAN-CHIRITANA - LOS PINOS - LA CUEVA - EL COCUY	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
27	NEIRA	GARAGOA	PUENTE QUIGUA	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA -	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
39	OCCIDENTE	CALDAS	PUENTE ANTONIO NARIÑO (PUENTE QUEBRADA PALMAR)	60BY01 NARIÑO - CALDAS	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
40	ORIENTE	TENZA	PUENTE OSPINA	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA -	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
44	NEIRA	CHINAVITA	PUENTE OSO	50187 CHINAVITA -QUEBRADA EL OSO - FATIMA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
49	VALDERRAMA	JERICO	PUENTE MAUSA	64BY01 ALTO DE SAGRA - SOCOTA - JERICO	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
50	LENGUPÁ	BERBEO	PUENTE EL CAIMÁN SOBRE LA QUEBRADA TOBASÍA	60BY21 CRUCE TRAMO 6009 - SEN EDUARDO	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
51	NEIRA	PACHAVITA	PUENTE EL DIVORCIO	D1551101 RAMAL A PACHAVITA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL

52	CENTRO	OICATÁ	PUENTE PIANONO - VOLCÁN	D1550027 EL VOLCAN - CASA BLANCA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
53	SUGAMUXI	MONGUA	PUENTE OICITA	61BY05-2 MONGUA - EL VOLADOR	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
54	RICAUTE	TINJACÁ	PUENTE BELTRAN	Vereda Peñas del municipio de Tinjaca sobre el rio Funza	MUNICIPAL
55	MARQUEZ	CIENEGA	PUENTE DELICIAS	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
56	MARQUEZ	CIENEGA	PUENTE CEBADAL	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
57	TUNDAMA	SANTA ROSA DE VITERBO	LA LAGUNA	Vereda La Laguna del municipio de Santa Rosa de Viterbo sobre el rio Chiticuy (Contoguo a via nacional 5503 Duitamam-La Palmera)	MUNICIPAL
58	NORTE	SATIVANORTE	PUENTE JUPA	D1572004 LIMITES - DATAL - JUPA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
59	NEIRA	MACANAL	PUENTE QUEBRADA EL HATO	61BY08 GARAGOA - MACANAL	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
60	OCCIDENTE	BUENA VISTA	PUENTE VDA LA HERRADURA	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
61	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE RIO UPIA	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
62	RICAUTE	SANTA SOFIA	PUENTE QUEBRADA MARTIN	62BY01 MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
63	TUNDAMA	CERINZA	PONTÓN VEREDA EL HATO	54161 toba -Lambedero (Chital) - Rio animas - Escuela San Victorino - La central	INVIAS
64	ORIENTE	SOMONDOCO	PUENTE GUADUAS QUEBRADA CUYA	56BY04-1 ALMEIDA - SOMONDOCO - SIAVITA - GUAYATA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
65	VALDERRAMA	CHITA	PUENTE LA CHARANCHILA	54755 Chita - Cadillal - El Moral	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
66	NEIRA	GARAGOA	PUENTE ENTRADA QUIGUA	61BY02 GARAGOA - MIRAFLORES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
67	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE OLARTE	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
68	RICAUTE	CHITARAQUE	PUENTEQUEBRADA FERMIN	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
69	TUNDAMA	CERINZA	PUENTE SAN VICTORINO SALIDA MONTERO	D1508706 BELEN - MONTERO -SAN VICTORINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
70	ORIENTE	ALMEIDA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA CUYA	56BY07 BOQUERON DE CHIVOR - NARANJOS - CRUCE VIA 56BY04	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
71	SUGAMUXI	TOPAGA	PUENTE LOS MOLINOS - LA MORRA	6103 PUNETE BLANCO SANTA TERESA	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
72	OCCIDENTE	MUZO	PUENTE QUEBRADA LA PITA	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL

73	RICAUTE	MONIQUIRÁ	PUENTE SICHA	D1546902-EL PARAISO - SAN CRISTOBAL - EL MOLINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
74	RICAUTE	CHITARAQUE	RESGUARDO INDIGENAS	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
75	RICAUTE	VILLA DE LEYVA	PUENTE RIO LA MONITA	62BY01-MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
76	MARQUEZ	VIRACACHA	PUENTE BICENTENARIO	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
77	TUNDAMA	TUTAZA	PONTÓN EL CURUBO VEREDA EL TOBAL	Vereda Tobal del municipio de Tutaza sobre el rio Mochaira	MUNICIPAL
78	SUGAMUXI	TOPAGA	PUENTE SECTOR PUENTE MOYAS	61BY05 RAMAL-MONGUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
79	RICAUTE	CHITARAQUE	PUENTE MILAN ABAJO	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
80	TUNDAMA	CERINZA	PUENTE VIA MARTÍNEZ PEÑA CERINZA	D1508706 - BELEN - MONTERO -SAN VICTORINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
81	SUGAMUXI	CUITIVA	PUENTE DEL SINCHO	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
82	OCCIDENTE	QUIPAMA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA LA CACO	60BY07 OTANCHE - CORMAL - QUIPAMA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
83	MARQUEZ	NUEVO COLON	PUENTE LA PLANCHA	55BY01 CRUCE RUTA 55 - VENTAQUEMADA - TURMEQUE - TIBANA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
84	TUNDAMA	TUTAZA	VEREDA PÁRGUA QUEBRADA LOS CHORROS	Vereda Pargua municipio de Tutaza sobre la Quebrada Los Chorros	MUNICIPAL
85	SUGAMUXI	MONGUI	PUENTE RIO MONGUI	61BY05-RAMAL-MONGUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
86	TUNDAMA	FLORESTA	PUENTE LA LAGUNA	55BY10 SANTA ROSA DE VITERBO - FLORESTA - BUSBANZA - CORRALES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
87	SUGAMUXI	GAMEZA	PUENTE REYES	6103 PUNETE BLANCO SANTA TERESA	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
88	TUNDAMA	TUTAZA	PONTÓN VEREDA LLANO DEL CARMEN QUEBRADA EL MUERTO	55BY10 SANTA ROSA DE VITERBO - FLORESTA - BUSBANZA - CORRALES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
89	SUGAMUXI	MONGUA	BARRIO SAN ANTONIO SALIDA LABRANZAGRANDE	61BY05-2 MONGUA - EL VOLADOR	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
90	TUNDAMA	DUITAMA	PUENTE PUEBLITO BOYACENSE	MC10227 Municipal Carreteable (Terciaria)	MUNICIPAL

tabla 2 Localización

7. SEGUIMIENTO, VERIFICACION Y CONTROL DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO REALIZADA POR LA INTERVENTORIA

A continuación, se presenta el seguimiento, verificación y control realizado por la interventoría **CONSORCIO INTER MAP-LAR** a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que viene realizando el contratista **CONSORCIO PEB-JI**, en cumplimiento al contrato **"DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO.0522 DE 24 DE MAYO DE 2025.".**

Periodo: 13 de febrero al 12 de marzo del 2026

8. RELACIÓN DE TRABAJADORES DIRECTOS

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	ANA LISBETH GOMEZ HERNANDEZ	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	ANGIE VIVIANA GALVIS SANGUINO	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
3	CAMILA ALEJANDRA SANTANDER PARRA	ESPECIALISTA AMBIENTAL	9/09/2025	
4	DARWIN ALEXIS CALDERON MARTINEZ	OBRERO DE OBRA	29/09/2025	19/11/2025
5	DEISSY YAZMIN ARENAS CONTRERAS	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
6	EVER LEONARDO RAMIREZ ARIAS	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
7	GIOVANNI FRANCISCO LAZARO CORREA	DIRECTOR DE OBRA	6/09/2025	
8	IMAR ORLANDO VACCA MACHADO	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
9	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ	RESIDENTE DE OBRA	6/09/2025	
10	JOSE FERNANDO MARQUEZ GUERRERO	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
11	KEVYN HARLEY CEBALLOS SACHICA	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
12	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
13	MARLON ARENIS YAÑEZ	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	31/10/2025
14	MILLER ESNEIDER SANCHEZ GONZALEZ	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	20/11/2025
15	NELSON JAVIER CELY CALIXTO	ESPECIALISTA HIDRAULICO	9/09/2025	30/10/2025
16	PAOLA ANDREA ROMAN HERNANDEZ	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
17	RENZO ADRIAN ORTEGA TORRES	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
18	TEODULO DE JESUS PUENTES CEPEDA	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	
19	VICTOR ANTONIO HERNANDEZ GORDILLO	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	9/09/2025	
20	YENSER ANTONIO QUINTERO SERRANO	ESPECIALISTA GEOTEGNIA	9/09/2025	
21	YIMMY YARITZA BAUTISTA PABON	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
22	DANNY ROLANDO DUARTE DUARTE	ESPECIALISTA SST	12/09/2025	27/10/2025

23	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
24	ALBERTO FEDERICO MOUTHON BELLO	ESPECIALISTA HIDRAULICO	24/10/2025	
25	JONATHAN LIZCANO GARCIA	RESIDENTE DE OBRA	08/11/2025	
26	FLOR MARIELA MORENO MORALES	CONTROLADOR VIAL	18/11/2025	04/12/2025
27	JHEFREY BERNETH VARGAS VANEGAS	CONTROLADOR VIAL	18/11/2025	04/12/2025
28	MICHAEL JAVIER RUIZ RUIZ	OFICIAL DE OBRA	26/11/2025	07/02/2026
29	JHOAN ALEX RINCON RUIZ	OBRERO DE OBRA	26/11/2025	16/01/2026
30	JORGE ASDRUBAL SALAZAR	TOPOGRAFO	01/12/2025	
31	MARIA PAZ GOMEZ RODRIGUEZ	RESIDENTE DE OBRA	01/12/2025	
32	HENRY CAMILO PEREZ SOTO	TECNOLOGO SST	01/12/2025	15/02/2026
33	CARLOS IVAN ESTUPIÑAN GONZALES	CADENERO	05/12/2025	
34	JUAN CARLOS BOJORQUEZ COLMENARES	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	11/12/2025	23/12/2025
35	JOSE GREGORIO IZQUIERDO ORTEGA	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	12/12/2025	13/12/2025
36	MARIA FERNANDA PINZÓN SANCHEZ	REGULADOR DE TRANSITO	13/12/2025	7/02/2026
37	KEILLY FERNANDA PINZÓN ARGUELLO	REGULADOR DE TRANSITO	13/12/2025	9/02/2026
38	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	AUX RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
39	DIEGO FERNANDO BENITEZ GONZALEZ	AYUDANTE	14/01/2026	28/01/2026
40	YADINSON CARDENAS RODRIGUEZ	AYUDANTE	14/01/2026	
41	JUAN PABLO SANDOVAL HERRERA	TECNOLOGO AUXILIAR	15/01/2026	
42	CARLOS ALBERTO MEDINA PAREDES	AYUDANTE	15/01/2026	
43	CARLOS JULIO GAITAN MONTAÑEZ	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	15/01/2026	
44	KERLIN NITOLA TIRIA	AYUDANTE	16/01/2026	
45	DAVID FERNANDO REY FARFAN	AYUDANTE	16/01/2026	30/01/2026
46	LORENZO MONCADA DURAN	AYUDANTE	17/01/2026	
47	VLADIMIR CRUZ SALAZAR	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	19/01/2026	
48	ALCIDES SALAMANCA BLANCO	AYUDANTE	19/01/2026	
49	LEONIDAS SALAMANCA BLANCO	AYUDANTE	19/01/2026	28/02/2026
50	ELIAN DAVID OCHOA CUEVAS	AYUDANTE	19/01/2026	
51	YOHN FREDY GOMEZ GOMEZ	AYUDANTE	19/01/2026	
52	HENRY TOCARRUNCHO ECHEVERRÍA	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	25/01/2026	
53	JHONY ALEJANDRO BECCERRA ILLERA	RESIDENTE DE OBRA	26/01/2026	
54	SALVADOR BASTIS CARDENAS	AYUDANTE	26/01/2026	
55	JUAN DAVID PEDRAZA	AYUDANTE	26/01/2026	
56	JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA	OFICIAL OBRA	26/01/2026	
57	HUGO ARMANDO SUESCUN BECERRA	ING AUXILIAR	4/02/2026	
58	ZOILA ROSA CORREDOR CASTILLO	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	
59	JOSE VICTOR VICENTE RUIZ GAMBOA	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	
60	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	
61	JUANA VALENTINA PAEZ QUEVEDO	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	
62	JUAN CARLOS BOHORQUEZ COLMENARES	OFICIAL OBRA	19/02/2026	

63	YEISON ARLEY GOMEZ ALVARDO	APOYO SST	2/03/2026	

- **(PUENTE OSPINA)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	DEISSY YAZMIN ARENAS CONTRERAS	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
2	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
MANO DE OBRA				
3	JUAN CARLOS BOHORQUEZ COLMENARES	OFICIAL OBRA	19/02/2026	
4	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	REGULADOR DE TRANSITO	06/02/2026	

- **(PUENTE QUIGUA)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	PAOLA ANDREA ROMAN HERNANDEZ	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	RENZO ADRIAN ORTEGA TORRES	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
MANO DE OBRA				
3	JUANA VALENTINA PAEZ QUEVEDO	REGULADOR DE TRANSITO	06/02/2026	
4	CARLOS JULIO GAITAN MONTAÑEZ	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	15/01/2026	
5	CARLOS ALBERTO MEDINA PAREDES	AYUDANTE	15/01/2026	
6	KERLIN NITOLA TIRIA	AYUDANTE	16/01/2026	

- **(PUENTE LA BALSA)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	YIMMY YARITZA BAUTISTA PABON	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
2	EVER LEONARDO RAMIREZ ARIAS	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
3	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	AUX RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
MANO DE OBRA				
4	TEODULO DE JESUS PUENTES CEPEDA	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	
5	LORENZO MONCADA DURAN	AYUDANTE	17/01/2026	
6	LEONIDAS SALAMANCA BLANCO	AYUDANTE	19/01/2026	28/02/2026

- **(PUENTE PINZON)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	ANA LISBETH GOMEZ HERNANDEZ	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	JOSE FERNANDO MARQUEZ GUERRERO	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
MANO DE OBRA				

3	HENRY TOCARRUNCHO ECHEVERRÍA	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	25/01/2026	
4	SALVADOR BASTOS CARDENAS	AYUDANTE	26/01/2026	
5	JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ	AYUDANTE	26/01/2026	
6	JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA	OFICIAL OBRA	26/01/2026	

- **(PUENTE LO BLANCO)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	YEISON ARLEY GOMEZ ALVARDO	APOYO SST	2/03/2026	
2	KEVYN HARLEY CEBALLOS SACHICA	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
3	JUAN PABLO SANDOVAL HERRERA	TECNOLOGO AUXILIAR	15/01/2026	
MANO DE OBRA				
4	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	REGULADOR DE TRANSITO	06/02/2026	
5	VLADIMIR CRUZ SALAZAR	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	19/01/2026	
6	ALCIDES SALAMANCA BLANCO	AYUDANTE	19/01/2026	
7	ELIAN DAVID OCHOA CUEVAS	AYUDANTE	19/01/2026	
8	YOHN FREDY GOMEZ GOMEZ	AYUDANTE	19/01/2026	

- **(PUENTE GUATOQUE)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	JONATHAN LIZCANO GARCIA	RESIDENTE DE OBRA	08/11/2025	
MANO DE OBRA				
3	JOSE VICTOR VICENTE RUIZ GAMBOA	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	
4	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	AUXILIAR RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
5	YADINSON CARDENAS RODRIGUEZ	AYUDANTE	14/01/2026	

- **(PUENTE BOYACENSE)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ	RESIDENTE DE OBRA	6/09/2025	
3	HUGO ARMANDO SUESCUN BECERRA	ING AUXILIAR	4/02/2026	
MANO DE OBRA				
4	ZOILA ROSA CORREDOR CASTILLO	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	

NOTA: En el frente del Puente Boyacense se presentó personal del subcontratista VANUKO S.A.S. desarrollando actividades propias del proyecto.

- **(PUENTE IBACAPÍ)**

N°	NOMBRE	CARGO	INGRESO	EGRESO
PROFESIONALES				
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
MANO DE OBRA				

NOTA: En el frente del Puente Ibacapí se presentó personal del subcontratista SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S. desarrollando actividades propias del proyecto.

9. RELACIÓN DE TRABAJADORES INDIRECTOS

- **PERSONAL SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S. (PUENTE IBACAPI)**

No	Nombre Completo	Cedula	Cargo	Ingreso	Egreso
1	OSCAR IBAN CASTRO OVIEDO	1057575706	SOLDADOR Y ARMADOR	13/02/2026	
2	JUAN DAVID GONZALEZ GONZALEZ	1049625635	SOLDADOR	13/02/2026	
3	LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ	1007542612	AUXILIAR	13/02/2026	
4	JAIRO DAVID VARGAS OLARTE	1049607096	SOLDADOR	13/02/2026	

- **CONDUCTORES DE VOLQUETA Y MAQUINARIA**
- **(PUENTE GUATOQUE)**

No	Nombre Completo	Cedula	Cargo	Ingreso	Egreso
1	MANUEL VICENTE SUAREZ NAVARRO	4243895	OPERADOR DE RETROEXCAVADOR	13/01/2025	05/02/2026
2	JHEYSSON ANDRES SUAREZ ESPITIA	1055670829	CONDUCTOR	13/01/2025	
3	JOSE ABINAEL LOPEZ CHIVATA	10515240157	OPERADOR DE EXCAVADORA	13/02/2025	05/02/2026

- **JOSE ARMANDO MORENO**
- **(PUENTE GUATOQUE)**

No	Nombre Completo	Cedula	Cargo	Ingreso	Egreso
1	JOSE ARMANDO MORENO ROJAS	7180057	MAESTRO	21/01/2026	
2	ELDER ARMANDO MORENO OSTOS	1002328923	OFICIAL	21/01/2026	
3	RONALD ANDRES ROBERTO COLMENARES	1002340088	AYUDANTE	21/01/2026	

4	JHONATAN STIVEN ROBERTO COLMENARES	1049651183	AYUDANTE	21/01/2026	

- **VANUKO S.A.S**
- **(PUENTE BOYACENSE)**

No	Nombre Completo	Cedula	Cargo	Ingreso	Egreso
1	HANZ HERAZO RAMIREZ	1053003927	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
2	ABEL RAMON VANEGAS ATENCIO	9022521	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
3	JOSE MIGUEL NIETO RIOS	9271661	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
4	LUCAS DARIO BASTO VILLAMIZAR	1007406399	OPERADOR DE BOMBA	05/02/2026	05/02/2026
5	LUIS EDUARDO DIAZ ANGULO	1006385549	OFICIAL	27/01/2026	14/02/2026
6	LUIS RAFAEL ATENCIA MORENO	8866059	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	

tabla 3 personal del proyecto

10. SOPORTE DE AFILIACION Y PAGO DE APORTES DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS – ARL – AFP)

El contratista presenta, las afiliaciones correspondientes a la ARL, EPS y AFP del personal asociado al proyecto durante el periodo que va del **13 de febrero al 12 de marzo del 2026**, en los documentos adjuntos por el contratista se relaciona los soportes de afiliaciones correspondientes al personal que ingreso en el periodo de ejecución.
(**Anexo 2.** Afiliaciones de Seguridad Social).

11. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

El contratista hace entrega de Soporte de pago de seguridad social del personal directo e indirecto asociado al proyecto durante el mes de **febrero** del 2026.
(**Anexo 1**. Pago de seguridad social).

PERIODO	No. PLANILLA	EMPRESA	No. TRABAJDORES	VALOR A PAGAR
2026/02-2026/03	36771550	Consorcio PEB-JI	50	31.092.600
2026/02-2026/03	9501521739	Consorcio Inter MAP-LAR	16	10,995,200
2026/02-2026/03	36774912	JOSE ARMANDO MORENO	4	2.234.100
2026/02-2026/03	9501487502	SIMOC SAS	6	
2026/02-2026/03	37168279	VANUKO SAS	6	

2026/02-2026/03	4645973786	EDGAR MANUEL FAJARDO GAMBOA	2	

Tabla 4 Seguridad Social

12. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El contratista realizó la entrega de los elementos de protección personal a los trabajadores durante el periodo de ejecución. Asimismo, se llevó a cabo la reposición de dichos elementos en los casos en que presentaron deterioro. (**Anexo 6**. Entrega de dotación).

13. EXÁMENES DE INGRESO

El contratista hace entrega de la documentación correspondiente a los exámenes médicos de ingreso de los trabajadores directos e indirectos vinculados al proyecto.
(**Anexo 3.** Exámenes Médicos de Ingreso).

14. EXAMEN DE RETIRO

El contratista **CONSORCIO PEB-JI** manifiesta que en el periodo reportado se generó desvinculado de personal, por ende, presentaron exámenes médicos laborales de retiro del personal desvinculado del proyecto. Así mismo, se deja constancia de la salida del personal indirecto, sin que sea obligación del subcontratista realizar exámenes de egreso ni notificaciones, dado que dicho personal finaliza su participación en el proyecto, pero continúa vinculado a su respectiva empresa. (**Anexo 4.** Exámenes Médicos de egreso).

15. ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

Durante el periodo, el contratista manifestó que no se presentaron accidentes laborales, anexando el soporte correspondiente que evidencia la inexistencia de incidentes en el proyecto. (**Anexo 11.** Accidentabilidad).

16. CAPACITACIONES SST

Durante el periodo, el contratista remitió los soportes que evidencian las capacitaciones realizadas en el marco del presente informe. (**Anexo 7.** Capacitaciones).

17. INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Durante el periodo comprendido entre el **13 de febrero al 12 de marzo del 2026**, el contratista remitió los soportes de las inspecciones de seguridad efectuadas, dentro de las cuales se incluyó la verificación del kit de elementos de emergencia, con el propósito de garantizar condiciones seguras en la ejecución del proyecto.
(**Anexo 10.** Inspecciones de seguridad).

18. EVIDENCIA INDUCCIÓN DEL PERSONAL Y SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante el periodo evaluado se presentaron evidencia de inducciones y reinducciones con evaluaciones del personal que ingreso al proyecto. (**Anexo 5**. Inducciones).

19. PESV

Durante el periodo evaluado se presentaron maquinaria y volqueta se evidencia la documentación del personal que ingreso al proyecto.
(**Anexo 8 y 9**. Documentos Maquinaria y Volquetas).

20. CERTIFICADO DE DEDICACIÓN DEL RECURSOS HUMANOS

La certificación de dedicación y permanencia del recurso humano aprobado fue suscrita por el contratista y presentada como soporte. La Interventoría realizó la revisión correspondiente, otorgando concepto favorable. (**Anexo 12**. Certificado Dedicación).

21. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLAR POR LA INTERVENTORÍA

a. Actividades administrativas:

- La interventoría revisa las afiliaciones a la seguridad social del personal vinculado al proyecto.
- Se verifica el cumplimiento de las normas mínimas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Se revisan y validan los documentos relacionados con capacitaciones y charlas de seguridad.

- Se revisan y verifican los documentos correspondientes a los exámenes médicos de ingreso del personal que participa en el proyecto.
- Se revisa toda la documentación que respalda la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por parte del contratista.
- Se verifica, a través de la ARL, que a la fecha no se han presentado incidentes ni accidentes laborales por parte del contratista.

b. Actividades técnicas en campo:

- Se verifica el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad para el desarrollo de las actividades en campo.
- Se supervisa la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución de las labores.
- Se verifica y exige el uso adecuado de los elementos de protección personal y la dotación correspondiente en campo.
- Se registran observaciones relacionadas con actos inseguros identificados en las zonas de trabajo.
- Se realizan las inspecciones correspondientes a los elementos de emergencia, verificando que se encuentren en óptimas condiciones.
- Se verifica la implementación de las capacitaciones y charlas de seguridad antes del inicio de las labores en campo.
- Se constata que los elementos de protección personal sean suministrados nuevamente en caso de deterioro.
- Se verifica la presencia y estado adecuado de la señalización informativa y preventiva en las áreas de trabajo.

22. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Durante el periodo evaluado se recopiló registro fotográfico como soporte de las actividades ejecutadas en el proyecto. Dicho material evidencia las acciones desarrolladas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

REGISTRO FOTOGRÁFICO	
	
	

23. CONCLUSIONES

Una vez revisada la información documentada, así como la implementación del programa de gestión de seguridad y salud en el trabajo, la interventoría procede a validar y aprobar lo concerniente al informe mensual presentado por **CONSORCIO PEB-JI**, ya que cumple con los requisitos del componente de seguridad y salud en el trabajo del contrato de obra.

24. ANEXOS

ANEXO 1. Oficio de aprobación de seguridad y salud en el trabajo al contratista **CONSORCIO PEB-JI.**

ANEXO 2. Oficio de aprobación certificado de dedicación y permanencia del recurso humano al contratista **CONSORCIO PEB-JI.**

ANEXO 3. Seguridad social de interventoría.

ANEXO 4. Informe de seguridad y salud en el trabajo del contratista **CONSORCIO PEB-JI.**

Cordialmente,

Sara M RICO Arias

SARA MERCEDES RICO ARIAS
C.C. 1.090.423.628 de Cúcuta
CONSORCIO INTER MAP- LAR
Responsable SST

ANEXO.1 OFICIO CONSTANCIA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

San José de Cúcuta, 12 de marzo del 2026.

SEÑORES:
JOSE LEONARDO ALVAREZ FONSECA
DIRECTOR DESARROLLO INFRAESTRUCTURA VIAL
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA PUBLICA
SUPERVISOR

REFERENCIA: CONTRATO DE OBRA 3837 DE 2023 "CONSTRUCCIÓN Y/O REHABILITACIÓN DEL PAR VIAL DEL BARRIO AEROPUERTO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER FASE II. REFERENCIA: INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025"

ASUNTO: APROBACIÓN DEL INFORME MENSUAL No.06 DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Mediante la presente, la interventoría en cumplimiento de las obligaciones contractuales de revisión y seguimiento del contrato de referencia, realizó la verificación del **INFORME MENSUAL SST N°06**, presentado por el contratista **CONSORCIO PEB-JI**, en el periodo comprendido del 13 febrero al 12 de marzo del 2026 del contrato cuyo objeto es **"DIAGNÓSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025"**.

Por lo anterior, se da **APROBACIÓN** al informe anteriormente mencionado, el cual está acorde a los lineamientos establecidos en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como con las obligaciones contractuales aplicables.

Atentamente,

CONSORCIO INTER MAP- LAR
R/L MAIRA ALEJANDRA PICÓN GARCÍA

Sara M RICO Arias

SARA MERCEDES RICO ARIAS
Responsable SST

ANEXO.2 OFICIO APROBACIÓN CERTIFICACIÓN DE DEDICACIÓN Y PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO

San José de Cúcuta, 12 de marzo del 2026

SEÑORES:
JOSE LEONARDO ALVAREZ FONSECA
DIRECTOR DESARROLLO INFRAESTRUCTURA VIAL
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA PUBLICA
SUPERVISOR

REFERENCIA: CONTRATO DE OBRA 3837 DE 2023 "CONSTRUCCIÓN Y/O REHABILITACIÓN DEL PAR VIAL DEL BARRIO AEROPUERTO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER FASE II. REFERENCIA: INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025"

ASUNTO: APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE DEDICACIÓN Y PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO APROBADO.

Mediante la presente, la interventoría en cumplimiento de las obligaciones contractuales de seguimiento y control del contrato de referencia, realizó la verificación del **CERTIFICACIÓN DE DEDICACIÓN Y PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO APROBADO**, presentado por el contratista **CONSORCIO PEB-JI**, del contrato cuyo objeto es **"DIAGNÓSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025"**.

Una vez revisada la información suministrada, se evidencia que el recurso humano aprobado para la ejecución del Contrato de referencia, cumplió con las condiciones de dedicación y permanencia establecidas contractualmente durante el período comprendido entre el **13 de febrero al 12 de marzo de 2026**.

Por lo anterior, se da **APROBACIÓN** la certificación anteriormente mencionada, por cumplir con los lineamientos establecidos en el contrato y con las obligaciones contractuales aplicables.

Atentamente,

CONSORCIO INTER MAP- LAR
R/L MAIRA ALEJANDRA PICÓN GARCÍA

Sara M RICO Arias

SARA MERCEDES RICO ARIAS
Responsable SST

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

La suscrita **MAIRA ALEJANDRA PICÓN GARCÍA**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 37.331.288**, en calidad de Representante Legal del **CONSORCIO INTER MAP-LAR,** en ejercicio de las funciones de interventoría,

CERTIFICA:

Que, durante el periodo comprendido entre **el 13 de febrero al 12 de marzo de 2026,** la interventoría realizó seguimiento y verificación a la aplicación de la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en los siguientes frentes de obra:

Puente Ospina
Puente Quigua
Puente la Balsa
Puente Pinzon
Puente lo Blanco
Puente guatoque
Puente Pueblito Boyacense
Pueblito Ibacapí

Como resultado, se evidenció la implementación de medidas conforme a la normatividad SST, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y las obligaciones contractuales.

La profesional **SARA RICOS ARIAS,** responsable del área SST de la interventoría, efectuó la verificación en campo y validación técnica del cumplimiento en los frentes relacionados.

La presente certificación se expide con base en dicha validación.

Se expide en Tunja, a los 12 días del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

CONSORCIO INTER MAP- LAR
R/L MAIRA ALEJANDRA PICÓN GARCÍA

Sara M RICO Arias

SARA MERCEDES RICO ARIAS
Responsable SST

ANEXO.3
SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORIA

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 901978204	1	CONSORCIO INTER MAP-LAR	A - 200 O MAS COTIZANTES	INTER MAP	CALLE 2 7E-37 QUINTA ORIENTAL	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	3209176133	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	148148942	9501521739	E	2026/03/03	2026/03/17	BANCO DAVIVIENDA	14	$10,995,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	60344813	ALARCON LUZ																		25-14	30	$2,135,250	$341,700	EPS017	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
2	CC	1093799105	AREVALO ALVARO																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS041	30	$3,500,000	$140,000	CCF36	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
3	CC	1091671266	BACCA ANDREA																		230301	30	$2,135,250	$341,700	EPS005	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
4	CC	1090411983	BONILLA CARLOS																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF36	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
5	CC	1049649084	BRITTO MONICA																		230301	30	$2,135,250	$341,700	EPS037	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
6	CC	88251310	CACERES JOSE																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF36	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
7	CC	88272175	GUTIERREZ JUAN																		230301	30	$2,135,250	$341,700	EPS042	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
8	CC	79483453	LARA EDGAR																		25-14	30	$2,135,250	$341,700	EPS005	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
9	CC	88277299	NAVARRO WILSON																		230301	30	$2,135,250	$341,700	EPS037	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
10	CC	88224267	PARRA RICHARD																		230301	30	$2,135,250	$341,700	EPS037	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
11	CC	37331288	PICON MAIRA																		25-14	30	$2,847,000	$455,600	EPS005	30	$2,847,000	$113,900	CCF36	30	$2,847,000	$113,900	14-11	30	$2,847,000	$198,200	30	$0	$0	Si	$881,600
12	CC	1016002561	RAMOS SINDY																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF36	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
13	CC	1090423628	RICO SARA																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF36	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
14	CC	1091663952	SERRANO JORGE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF36	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
15	CC	1090478254	SUAREZ BRAYAN																		25-14	30	$2,135,250	$341,700	EPS037	30	$2,135,250	$85,500	CCF36	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$148,700	30	$0	$0	Si	$661,400
16	CC	1051211859	TOCARRUNCHO HENRY																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS037	30	$3,000,000	$120,000	CCF36	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
Total	**Afiliados(16)**																						$35,183,525	$5,630,200			$35,183,525	$1,408,400			$35,183,525	$1,408,400			$35,183,525	$2,449,700		$0	$0		$10,896,700

27

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 901978204	1	CONSORCIO INTER MAP-LAR	A - 200 O MAS COTIZANTES	INTER MAP	CALLE 2 7E-37 QUINTA ORIENTAL	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	3209176133	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	148148942	9501521739	E	2026/03/03	2026/03/17	BANCO DAVIVIENDA	14	$10,995,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				16	$5,630,200	$50,800	$0	$5,681,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$2,041,100	$18,400	$0	$2,059,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$3,308,900	$29,800	$0	$3,338,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$2,600	$0	$282,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$2,449,700	$22,100	$0	$2,471,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$2,449,700	$22,100	$0	$2,471,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,408,400	$12,700	$0	$1,421,100
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	16	$1,408,400	$12,700	$0	$1,421,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				16	$1,408,400	$12,900	$0	$1,421,300
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$85,500	$800	$0	$86,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$85,500	$800	$0	$86,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$602,200	$5,500	$0	$607,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$140,000	$1,300	$0	$141,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$495,200	$4,500	$0	$499,700
TOTAL				**16**	**$10,896,700**	**$98,500**	**$0**	**$10,995,200**

ANEXO.4

INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL CONTRATISTA

INFORME MENSUAL N°6 DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERIODO: 13 DE FEBRERO AL 12 DE MARZO DEL 2026

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA CO1.PCCNTR.8186181/2833 DE 2025

OBJETO: "DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025

PRESENTADO A LA INTERVENTORÍA CONSORCIO INTER MAP-LAR

ELABORADO POR:



ANGIE VIVIANA GALVIS SANGUINO
PROFESIONAL SST

DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVO GENERAL 4
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 5
3.1. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO: 5
3.1.1. Localización general 5
3.1.2. Localización especifica 13
4. GENERALIDADES 19
5. RELACIÓN DEL PERSONAL 20
5.1. PERSONAL CONSORCIO PEB-JI POR FRENTE DE TRABAJO 23
5.2. RELACION DE PERSONAL SUBCONTRATISTA 26
6. PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 27
7. AFILIACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL 28
8. EXÁMENES DE INGRESO 28
9. EXÁMENES DE EGRESO 28
10. INDUCCIÓN 28
11. ENTREGA DE DOTACIÓN 29
12. CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO 29
13. CONTROL DE MAQUINARIA AMARILLA EN OBRA 29
14. PESV – PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL 30
15. INSPECCIONES DE SEGURIDAD 30
16. UNIDADES SANITARIAS 30
17. SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA 30
18. REPORTE DE ACCIDENTABILIDAD 31
20. CONCLUSIONES 31
21. REGISTRO FOTOGRÁFICO 32

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe mensual de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) presenta las actividades ejecutadas y los avances obtenidos durante el mes correspondiente, en desarrollo del proyecto. Su finalidad es evidenciar el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como documentar las acciones implementadas para prevenir riesgos y garantizar condiciones laborales seguras.

Durante el periodo evaluado, se llevaron a cabo actividades de seguimiento, inspección, capacitación y control, orientadas a fortalecer la gestión del riesgo en los diferentes frentes de trabajo. Este informe refleja el compromiso asumido con la promoción de una cultura preventiva y la protección de la salud y seguridad de los trabajadores.

2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal es implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que se centre en la planificación, organización, ejecución y mejora continua de las actividades relacionadas con la Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial. Esto se llevará a cabo con el fin de proteger, mantener y mejorar la salud tanto individual como colectiva de los trabajadores durante la ejecución del proyecto, en sus respectivos lugares de trabajo.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y de Recursos Humanos desarrolladas durante el periodo evaluado, de acuerdo con la normatividad vigente.

- Generar registros que evidencien la ejecución y cumplimiento de las actividades de SST por parte de la **CONSORCIO PEB-JI**.

- Verificar las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral del personal directo en obra y del personal subcontratista.

- Implementar capacitaciones de acuerdo con las necesidades identificadas durante la ejecución de la obra.

- Dar cumplimiento a los requisitos legales y de otra índole aplicable a la organización.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto objeto de diagnóstico y ejecución se desarrolla en el Departamento de Boyacá, en diferentes municipios donde se encuentran ubicadas las estructuras priorizadas para atención de sitios críticos de la red vial terciaria. Dichas estructurasr corresponden principalmente a puentes que garantizan la conectividad rural y el tránsito seguro de las comunidades, representando puntos estratégicos dentro de la red vial departamental.

3.1.1. Localización general

Puerto Boyacá



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia Centro



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Distrito Especial Cubara



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Gutiérrez



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De La Libertad



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Márquez



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Occidente



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Sugamuxi



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Lengupa



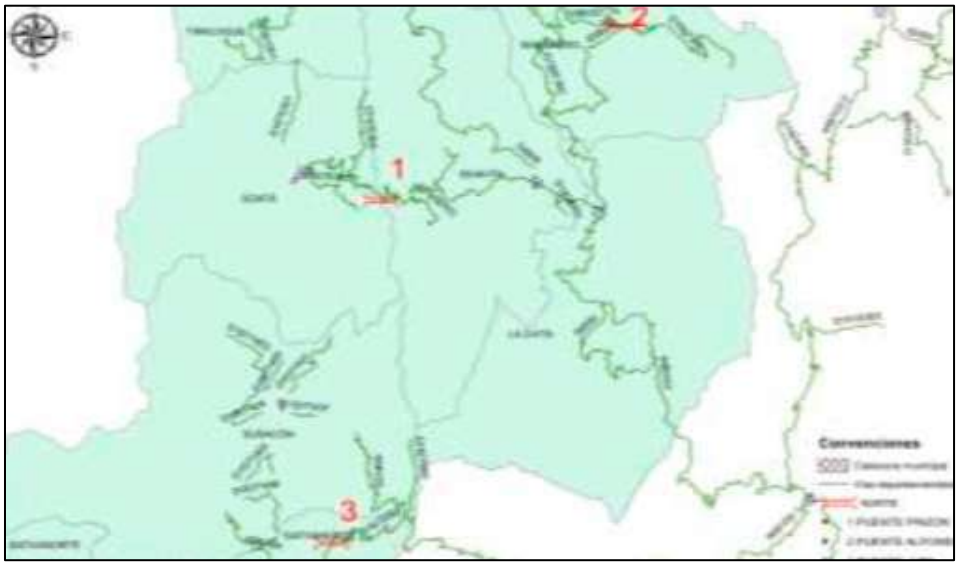
Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Neira



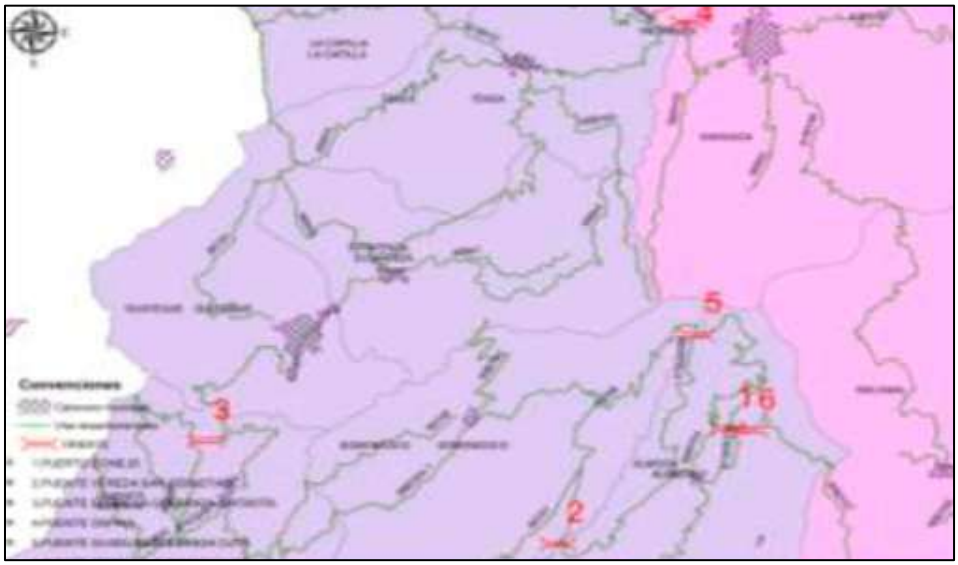
Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia Norte



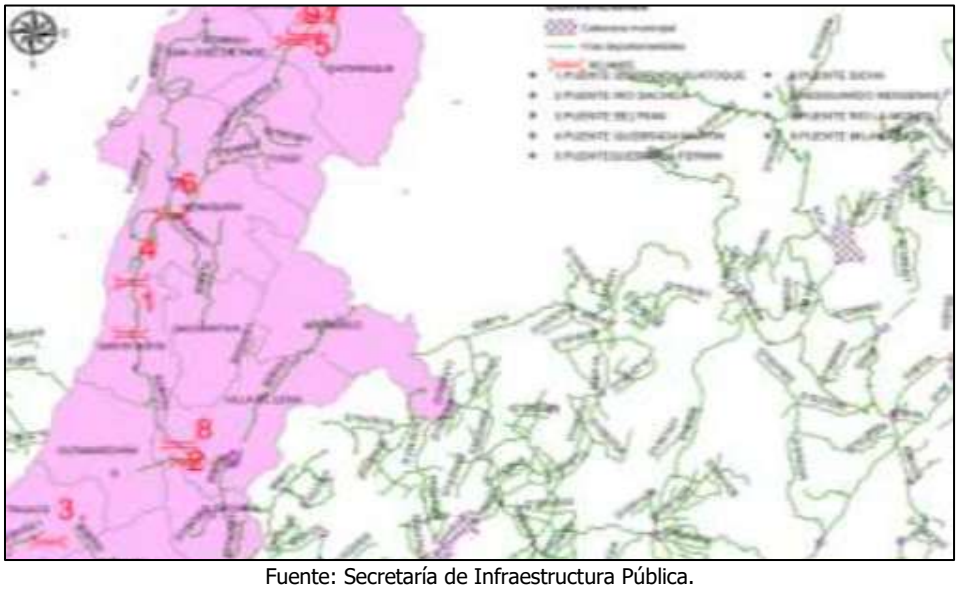
Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia De Oriente



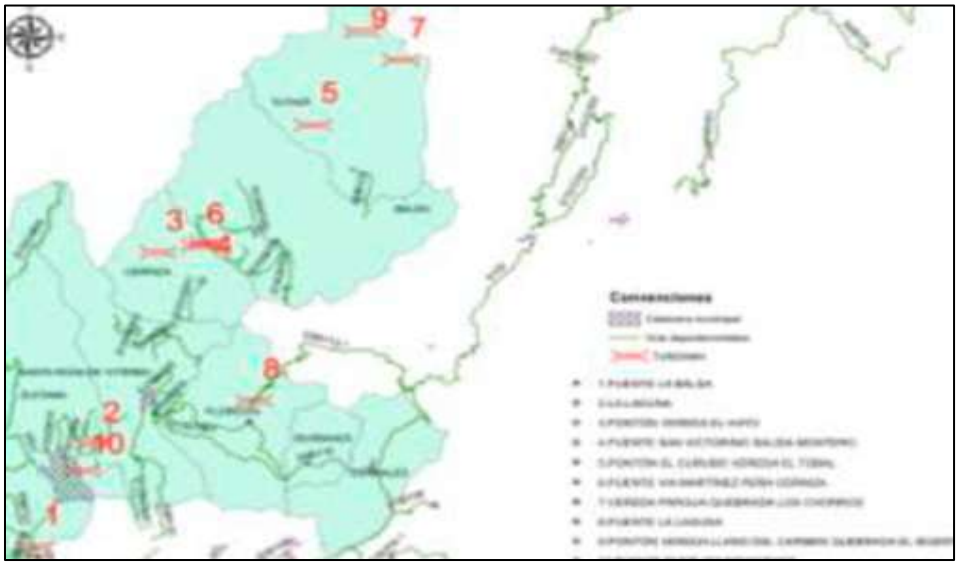
Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia Ricaurte



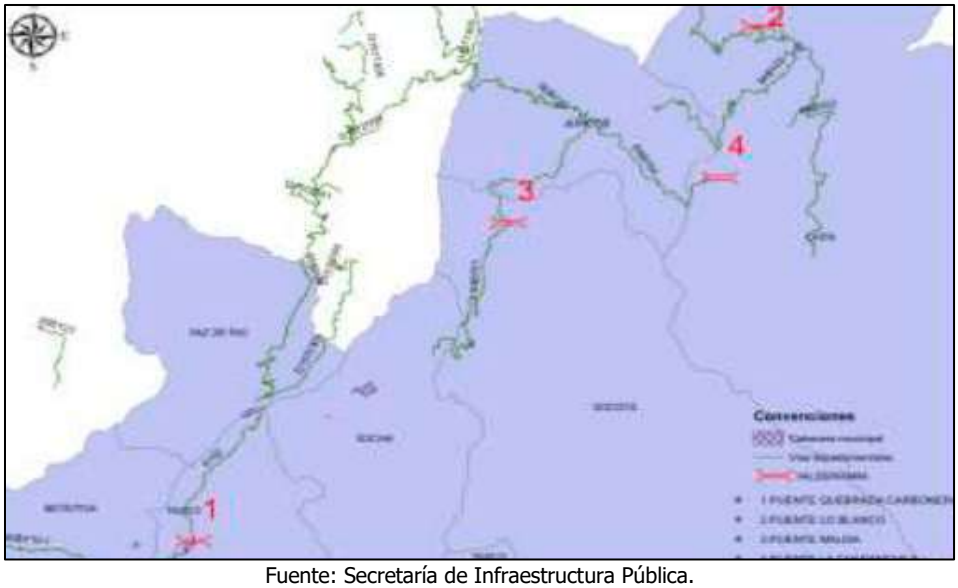
Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia Tundama



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

Provincia Valderrama



Fuente: Secretaría de Infraestructura Pública.

3.1.2. Localización especifica

En atención a la declaratoria de calamidad pública No. 0522 de 2025, se identificaron y priorizaron diferentes estructuras ubicadas en el departamento de Boyacá que presentan afectaciones derivadas de eventos hidrometeorológicos recientes. A continuación, se presenta el listado de puentes a intervenir, indicando su localización geográfica y las vías en las que se encuentran, con el propósito de orientar las acciones de diagnóstico, evaluación y atención programadas dentro del alcance del proyecto.

N°	PROVINCIA	MUNICIPIO	PUENTE	LATITUD	LONGITUD	LOCALIZACIÓN	CATEGORÍA VÍA
1	OCCIDENTE	BRICEÑO	PUENTE QUEBRADA PEÑA QUEMADA	5°40´11.55″ N	73°55´58.84″	60BY06 CRUCE RUTA 6007 - GUANARES - SANTA ROSA - MARIPI- LA VEGA DEL TIGRE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
2	OCCIDENTE	PAUNA	PUENTE IBACAPI	5°43'53.515"	74°0'49.52"	5022688-PAUNA-RIO IBACAPI-ALTO DEL SALVAL	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
3	NORTE	SOATA	PUENTE PINZON	6°19´22,48"	72°38´99,11"	55BY12 SOATA - BOAVITA - LA UVITA - SAN MATEO - GUACAMAYAS - EL EMPALME (CRUCE VIA 55BY13)	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
4	VALDERRAMA	TASCO	PUENTE QUEBRADA CARBONERA	5°54'47.21"	72°46'43.34"	6103 PUENTE BLANCO - SANTA TERESA (CRUCE RUTA 64)	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
5	OCCIDENTE	BUENA VISTA	PUENTE QUEBRADA LA ONDA	5°30'29"N	73°57'14"W	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
6	VALDERRAMA	CHITA	PUENTE LO BLANCO	6°11'57.6"	72°29'36.5"	64BY02 - EL ARBOLITO - CHITA - LA UVITA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
7	OCCIDENTE	COPER	PUENTE QUEDRABA CHORRERA SECTOR EL PEÑON	5°29′53.34″ N	74°1′57.1764″ O	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
8	OCCIDENTE	La Victoria	PUENTE SOBRE QUEBRADA NOPASAL	5°32'9,36"	74°12'31,69"	51075 QUIPAMA - LA VICTORIA	INVIAS
9	RICAUTE	SANTA SOFIA	PUENTE QUEBRADA GUATOQUE	5° 44' 31.52"	73° 36' 23.79"	62BY01 MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL

10	MARQUEZ	VIRACACHA	PUENTE JUYASIA	5° 25' 8.32"	73° 16' 40.80"	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
11	MARQUEZ	TIBANA	PUENTE MOLINO	5° 18' 33.87"	73° 25' 56.76"	CRUCE RUTA 55-VENTAQUEMADA TURMEQUE-TIBANA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
12	ORIENTE	ALMEIDA	PUERTO CONEJO	04°58´58, 1"	73°22´17,8 "	56BY07 BOQUERON DE CHIVOR - NARANJOS - CRUCE VIA 56BY04	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
13	OCCIDENTE	TUNUNGUA	PUENTE CANUTILLO	5°44´19"	73°57'3"	VÍA TUNUNGUA FLORIAN	MUNICIPAL
14	ORIENTE	SOMONDOCO	PUENTE VEREDA SAN SEBASTIÁN	4°57'11.66 "	73°24'42.56 "	56BY04-1 ALMEIDA - SOMONDOCO - SIAVITA - GUAYATA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
15	GUTIERREZ	GUACAMAYAS	PUENTE URAGON	6°26'36.7"	72°31'33.4"	55304 MIRAFLORES - SANTA ANA - CENTRO MORTIÑAL- CASIANO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
16	OCCIDENTE	BRICEÑO	PUENTE ZAPOTE	5°41'36.9" N	73°55'24.9" W	60BY06-CRUCE TUTA 60- PIEDRA GORDA-LIMITES CON SANTANDER	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
17	OCCIDENTE	PAUNA	PUENTE TUNERA	5°37'50,86 "	73°59'17,84 "	D1553105-HONDA Y VOLCAN-VEREDA LA ESPERANZA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
18	LENGUPÁ	MIRAFLORES	PUENTE LA COLORADA	5°6'25,52"	73°12'41,75 "	61BY02 GARAGOA - MIRAFLORES	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
19	OCCIDENTE	MARIPI	PUENTE LA PIACHE ZULIA MARIPI	5° 38' 10.806" N	74° 1' 54.307" W	60BY09-CRUCE RUTA6007-GUANARES-SANTA ROSA- MARIPI- LA VEGA DEL TIGRE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
20	LIBERTAD	PAYA	PUENTE RIO NEGRO	5°37'10,10 "	72°26'8,44"	65BY01-1ALTO DEL OSO - PAYA - MORCOTE - LIMITES CON CASANARE (VIA NUNCHIA)	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
21	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE QUEBRADA SISVACA	5°22'51,49 "	72°55'25,42 "	51660- AQUITANIA - SISCASA - MARAVILLAS	TERCIARIA INVIAS
22	OCCIDENTE	QUIPAMA	PUENTE EL ATILLO	5°30'0.27"	74°10'58.26 "	VEREDA LA CUBANA MUNICIPIO DE QUIPAMA SOBRE LA QUEBRADA EL BATÁN	MUNICIPAL
23	SUGAMUXI	PESCA	PUENTE LA 66	5°36′4.52″	73°1′48.71″	D1554205-MUNICIPIO PESCA - SUANEME	TERCIARIA DEPARTAMENTAL

24	TUNDAMA	DUITAMA	PUENTE LA BALSA	5° 46' 26.93	73° 3' 2.58"	55BY09 CRUCE RUTA 55 (BRITALIA) - PANTANO VARGAS	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
25	ORIENTE	GUAYATA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA CHITAVITA	4°58'47"	73°29'42.29"	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA- GUATEQUE - GUAYATA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
26	GUTIERREZ	GUICAN	PUENTE ROJO	6° 27' 5.76"	72° 21' 41.97"	D1524401 GUICAN-CHIRITANA - LOS PINOS - LA CUEVA - EL COCUY	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
27	NEIRA	GARAGOA	PUENTE QUIGUA	5° 5' 38.08"	73° 21' 48.99"	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA -	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
39	OCCIDENTE	CALDAS	PUENTE ANTONIO NARIÑO (PUENTE QUEBRADA PALMAR)	5°35'46.47"N	73°51'45.20"O	60BY01 NARIÑO - CALDAS	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
40	ORIENTE	TENZA	PUENTE OSPINA	5°5'16,5"	73°22'50,03"	6101 PUENTE CAMACHO - JENESANO - TIBANAS - SISA - CHINAVITA - GARAGOA - EL CRUCERO - TENZA - SUTATENZA -	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
44	NEIRA	CHINAVITA	PUENTE OSO	5° 13' 44.44"	73° 19' 47.06"	50187 CHINAVITA - QUEBRADA EL OSO - FATIMA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
49	VALDERRAMA	JERICO	PUENTE MAUSA	6°05'25"	72°37'10"	64BY01 ALTO DE SAGRA - SOCOTA - JERICO	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
50	LENGUPÁ	BERBEO	PUENTE EL CAIMÁN SOBRE LA QUEBRADA TOBASÍA	5°13'20.90"	73° 6'19.24"	60BY21 CRUCE TRAMO 6009 - SEN EDUARDO	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
51	NEIRA	PACHAVITA	PUENTE EL DIVORCIO	5,15118770	"-73,4054247	D1551101 RAMAL A PACHAVITA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
52	CENTRO	OICATÁ	PUENTE PIANONO - VOLCÁN	5°38'11.808"N	73°16'52.668"O	D1550027 EL VOLCAN - CASA BLANCA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL

53	SUGAMUXI	MONGUA	PUENTE OICITA	5°45'07.1" N	72°46'07.4" W	61BY05-2 MONGUA - EL VOLADOR	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
54	RICAUTE	TINJACÁ	PUENTE BELTRAN	5°33'34.38 "	73°40'22.87 "	VEREDA PEÑAS DEL MUNICIPIO DE TINJACA SOBRE EL RIO FUNZA	MUNICIPAL
55	MARQUEZ	CIENEGA	PUENTE DELICIAS	5° 24' 11.79"	73° 18' 37.26"	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
56	MARQUEZ	CIENEGA	PUENTE CEBADAL	5° 24' 10.13"	73° 18' 38.26	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
57	TUNDAMA	SANTA ROSA DE VITERBO	LA LAGUNA	5°50'40.09 "	73° 0'50.88"	VEREDA LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO SOBRE EL RIO CHITICUY (CONTOGUO A VIA NACIONAL 5503 DUITAMAM- LA PALMERA)	MUNICIPAL
58	NORTE	SATIVANORTE	PUENTE JUPA	6°10'4.33	72°40'10.15 "	D1572004 LIMITES - DATAL - JUPA	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
59	NEIRA	MACANAL	PUENTE QUEBRADA EL HATO	4º58''42,5 8"	73º19'15,85 "	61BY08 GARAGOA - MACANAL	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
60	OCCIDENTE	BUENA VISTA	PUENTE VDA LA HERRADURA	5°28'35"N	74°00'14"W	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
61	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE RIO UPIA	5°29'19.0" N	72°55'56.8" W	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
62	RICAUTE	SANTA SOFIA	PUENTE QUEBRADA MARTIN	5° 47' 16.40"	73° 36' 20.98"	62BY01 MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL

63	TUNDAMA	CERINZA	PONTÓN VEREDA EL HATO	5° 58' 30.00"	72° 58' 30.58"	54161 TOBA - LAMBEDERO (CHITAL) - RIO ANIMAS - ESCUELA SAN VICTORINO - LA CENTRAL	INVIAS
64	ORIENTE	SOMONDOCO	PUENTE GUADUAS QUEBRADA CUYA	5°0´25.47"	73°22´45.50"	56BY04-1 ALMEIDA - SOMONDOCO - SIAVITA - GUAYATA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
65	VALDERRAMA	CHITA	PUENTE LA CHARANCHILA	6°06'53.9"	72°30'47.2"	54755 CHITA - CADILLAL - EL MORAL	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
66	NEIRA	GARAGOA	PUENTE ENTRADA QUIGUA	5°5'12.70"	73°20'8.81"	61BY02 GARAGOA - MIRAFLORES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
67	SUGAMUXI	AQUITANIA	PUENTE OLARTE	5°29'14.1" N	72°56'03.2" W	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
68	RICAUTE	CHITARAQUE	PUENTEQUE BRADA FERMIN	6°00'15,23"	73°27'58,95"	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
69	TUNDAMA	CERINZA	PUENTE SAN VICTORINO SALIDA MONTERO	5°58'52.8"	72°56'41.7"	D1508706 BELEN - MONTERO -SAN VICTORINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
70	ORIENTE	ALMEIDA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA CUYA	04°58´56"	73°22´00"	56BY07 BOQUERON DE CHIVOR - NARANJOS - CRUCE VIA 56BY04	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
71	SUGAMUXI	TOPAGA	PUENTE LOS MOLINOS - LA MORRA	5°46'37.7" N	72°50'59.4" W	6103 PUNETE BLANCO SANTA TERESA	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
72	OCCIDENTE	MUZO	PUENTE QUEBRADA LA PITA	5°31'5,30" N	74°4'14,27" O	60BY05 CRUCE RUTA 60 (CURUBITOS) - BUENAVISTA - LA VEGA DEL TIGRE - MUZO - LA MINA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
73	RICAUTE	MONIQUIRÁ	PUENTE SICHA	5°50'47,38"	73°34'25,45"	D1546902-EL PARAISO - SAN CRISTOBAL - EL MOLINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL

74	RICAUTE	CHITARAQUE	RESGUARDO INDIGENAS	6°01'9,38"	73°27'26,6"	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
75	RICAUTE	VILLA DE LEYVA	PUENTE RIO LA MONITA	5° 37' 50.88"	73° 33' 39.9"	62BY01-MONIQUIRA - SANTA SOFIA - EL MUELLE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
76	MARQUEZ	VIRACACHA	PUENTE BICENTENARIO	5° 27' 17.34"	73° 17' 47.97"	60BY16 CRUCE TRAMO 6009 (ALTO DE SORACA) - VIRACACHA - CIENEGA - RAMIRIQUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
77	TUNDAMA	TUTAZA	PONTÓN EL CURUBO VEREDA EL TOBAL	6°03'43.6"	72°52'49.7"	VEREDA TOBAL DEL MUNICIPIO DE TUTAZA SOBRE EL RIO MOCHAIRA	MUNICIPAL
78	SUGAMUXI	TOPAGA	PUENTE SECTOR PUENTE MOYAS	5°44'31.3" N	22°50'56.1" W	61BY05 RAMAL-MONGUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
79	RICAUTE	CHITARAQUE	PUENTE MILAN ABAJO	5°59'53,44 "	73°28'30"	62BY02-1 TOGÜI - CHITARAQUE	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
80	TUNDAMA	CERINZA	PUENTE VIA MARTÍNEZ PEÑA CERINZA	5° 58' 47.50"	72° 56' 59.98"	D1508706 - BELEN - MONTERO -SAN VICTORINO	TERCIARIA DEPARTAMENTAL
81	SUGAMUXI	CUITIVA	PUENTE DEL SINCHO	5°35′3.02″	72°58′14.85″	62BY07 CRUCE RUTA 6211 AQUITANIA TOTA CUITIVA IZA CRUCE RUTA 61	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
82	OCCIDENTE	QUIPAMA	PUENTE SOBRE LA QUEBRADA LA CACO	5°34´34.997" N	74°12'22.135" W	60BY07 OTANCHE - CORMAL - QUIPAMA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
83	MARQUEZ	NUEVO COLON	PUENTE LA PLANCHA	5°19'53.82 "	73°27'11.21 "	55BY01 CRUCE RUTA 55 - VENTAQUEMADA - TURMEQUE - TIBANA	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
84	TUNDAMA	TUTAZA	VEREDA PÁRGUA QUEBRADA LOS CHORROS	6° 6' 23.17"	72° 49' 35.19"	VEREDA PARGUA MUNICIPIO DE TUTAZA SOBRE LA QUEBRADA LOS CHORROS	MUNICIPAL
85	SUGAMUXI	MONGUI	PUENTE RIO MONGUI	5°44'31.6"	72°50'24.0"	61BY05-RAMAL-MONGUI	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL

86	TUNDAMA	FLORESTA	PUENTE LA LAGUNA	5° 52' 25.36"	72° 54' 57.40"	55BY10 SANTA ROSA DE VITERBO - FLORESTA - BUSBANZA - CORRALES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
87	SUGAMUXI	GAMEZA	PUENTE REYES	5°47'51.3"	72°49'52.4" W	6103 PUNETE BLANCO SANTA TERESA	PRIMARIA DEPARTAMENTAL
88	TUNDAMA	TUTAZA	PONTÓN VEREDA LLANO DEL CARMEN QUEBRADA EL MUERTO	6° 7' 31.30"	72° 50' 59.10"	55BY10 SANTA ROSA DE VITERBO - FLORESTA - BUSBANZA - CORRALES	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
89	SUGAMUXI	MONGUA	BARRIO SAN ANTONIO SALIDA LABRANZAGRANDE	5°45'16.7" N	72°47'46.1" W	61BY05-2 MONGUA - EL VOLADOR	SECUNDARIA DEPARTAMENTAL
90	TUNDAMA	DUITAMA	PUENTE PUEBLITO BOYACENSE	5°49´33.77´´	73°1´18.37´´	MC10227 MUNICIPAL CARRETEABLE (TERCIARIA)	MUNICIPAL

4. GENERALIDADES

Tabla 1 Generalidades del Proyecto

CONTRATANTE	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
CONTRATISTA	CONSORCIO PEB-JI
NIT	901.977.234-8
OBJETO DEL CONTRATO	DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025
REPRESENTANTE LEGAL	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ
IDENTIFICACIÓN (CC-NIT)	1.090.464.698
SUPERVISOR	OSCAR IVAN PINZON SANCHEZ
INTERVENTORÍA	CONSORCIO INTER MAP-LAR

PLAZO	CUATRO (04) MESES.
FECHA DE INICIO	08 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2025
SUSPENSIÓN DEL CONTRATO	24 DE DICIEMBRE DE 2025
REINICIO DEL CONTRATO	13 DE ENERO DE 2026
PRORROGA DEL CONTRATO	20 DE ENERO DE 2026

5. RELACIÓN DEL PERSONAL

A continuación, se anexa la relación del personal de la Unión **CONSORCIO PEB-JI** y subcontratistas.

Tabla 2 Relación del Personal

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	ANA LISBETH GOMEZ HERNANDEZ	37294862	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	ANGIE VIVIANA GALVIS SANGUINO	1093780984	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
3	CAMILA ALEJANDRA SANTANDER PARRA	1047440968	ESPECIALISTA AMBIENTAL	9/09/2025	
4	DARWIN ALEXIS CALDERON MARTINEZ	1049794703	OBRERO DE OBRA	29/09/2025	19/11/2025
5	DEISSY YAZMIN ARENAS CONTRERAS	60368395	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
6	EVER LEONARDO RAMIREZ ARIAS	88283109	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
7	GIOVANNI FRANCISCO LAZARO CORREA	13472455	DIRECTOR DE OBRA	6/09/2025	
8	IMAR ORLANDO VACCA MACHADO	88279674	RESIDENTE DE ONRA	9/09/2025	
9	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ	1090464698	RESIDENTE DE OBRA	6/09/2025	
10	JOSE FERNANDO MARQUEZ GUERRERO	1093736039	REDIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
11	KEVYN HARLEY CEBALLOS SACHICA	1090445783	REDIDNETE DE OBRA	9/09/2025	
12	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	13270332	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	9/09/2025	

13	MARLON ARENIS YAÑEZ	88255467	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	31/10/2025
14	MILLER ESNEIDER SANCHEZ GONZALEZ	1049234212	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	20/11/2025
15	NELSON JAVIER CELY CALIXTO	88248537	ESPECIALISTA HIDRAULICO	9/09/2025	30/10/2025
16	PAOLA ANDREA ROMAN HERNANDEZ	1090363860	ESPECIALISTA ESST	9/09/2025	
17	RENZO ADRIAN ORTEGA TORRES	88202097	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
18	TEODULO DE JESUS PUENTES CEPEDA	74326313	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	
19	VICTOR ANTONIO HERNANDEZ GORDILLO	73109426	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	9/09/2025	
20	YENSER ANTONIO QUINTERO SERRANO	1090461193	ESPECIALISTA GEOTEGNIA	9/09/2025	
21	YIMMY YARITZA BAUTISTA PABON	60421342	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
22	DANNY ROLANDO DUARTE DUARTE	1090394469	ESPECIALISTA SST	12/09/2025	27/10/2025
23	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	13275556	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
24	ALBERTO FEDERICO MOUTHON BELLO	73137740	ESPECIALISTA HIDRAULICO	24/10/2025	
25	JONATHAN LIZCANO GARCIA	1090474081	RESIDENTE DE OBRA	8/11/2025	
26	FLOR MARIELA MORENO MORALES	33675022	CONTROLADOR VIAL	18/11/2025	4/12/2025
27	JHEFREY BERNETH VARGAS VANEGAS	1031804095	CONTROLADOR VIAL	18/11/2025	4/12/2025
28	MICHAEL JAVIER RUIZ RUIZ	1002476910	OFICIAL OBRA	26/11/2025	7/02/2026
29	JOHAN ALEX RINCON RUIZ	1052389141	AYUDANTE	26/11/2025	16/01/2026
30	JORGE ASDRUBAL SALAZAR CAMENZAQUIRA	1057572294	TOPOGRAFO	1/12/2025	
31	MARIA PAZ GOMEZ RODRIGUEZ	1090500218	RESIDENTE DE OBRA	1/12/2025	
32	HENRY CAMILO PEREZ SOTO	1049622117	TECNOLOGO SST	1/12/2025	15/02/2026
33	CARLOS IVAN ESTUPIÑAN GONZALEZ	1057610992	CADENERO	5/12/2025	

34	JUAN CARLOS BOJORQUEZ COLMENARES	1002262648	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	11/12/2025	23/12/2025
35	JOSE GREGORIO IZQUIERDO ORTEGA	1090503596	OBRERO DE OBRA DE CONSTRUCCION	12/12/2025	13/12/2025
36	MARIA FERNANDA PINZÓN SANCHEZ	1011086505	REGULADOR DE TRANSITO	13/12/2025	7/02/2026
37	KEILLY FERNANDA PINZÓN ARGUELLO	1048846907	REGULADOR DE TRANSITO	13/12/2025	9/02/2026
38	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	1005074142	AUXILIAR RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
39	JUAN PABLO SANDOVAL HERRERA	1093771786	TECNOLOGO AUXILIAR	15/01/2026	
40	CARLOS ALBERTO MEDINA PAREDES	4253192	AYUDANTE	15/01/2026	
41	CARLOS JULIO GAITAN MONTAÑEZ	4168678	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	15/01/2026	
42	DIEGO FERNANDO BENITEZ GONZALEZ	1026569823	AYUDANTE	14/01/2026	28/01/2026
43	YADINSON CARDENAS RODRIGUEZ	1006783040	AYUDANTE	14/01/2026	
44	KERLIN NITOLA TIRIA	74382218	AYUDANTE	16/01/2026	7/03/2026
45	DAVID FERNANDO REY FARFAN	1002581848	AYUDANTE	16/01/2026	30/01/2026
46	LORENZO MONCADA DURAN	4188775	AYUDANTE	17/01/2026	
47	VLADIMIR CRUZ SALAZAR	74377614	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	19/01/2026	
48	ALCIDES SALAMANCA BLANCO	80544396	AYUDANTE	19/01/2026	
49	LEONIDAS SALAMANCA BLANCO	1048822742	AYUDANTE	19/01/2026	28/02/2026
50	ELIAN DAVID OCHOA CUEVAS	1193537017	AYUDANTE	19/01/2026	
51	YOHN FREDY GOMEZ GOMEZ	1075667907	AYUDANTE	19/01/2026	
52	JHONY ALEJANDRO BECCERRA ILLERA	1091675249	RESIDENTE DE OBRA	26/01/2026	
53	HENRY TOCARRUNCHO ECHEVERRÍA	4080896	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	25/01/2026	8/04/2026

54	SALVADOR BASTO CARDENAS	79773813	AYUDANTE	26/01/2026	
55	JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ	1022339760	AYUDANTE	26/01/2026	
56	JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA	74433534	OFICIAL OBRA	26/01/2026	
57	HUGO ARMANDO SUESCUN BECERRA	1002404040	ING AUXILIAR	4/02/2026	
58	ZOILA ROSA CORREDOR CASTILLO	1054090620	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	13/03/2026
59	JOSE VICTOR VICENTE RUIZ GAMBOA	74241235	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	
60	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	1007890353	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	21/04/2026
61	JUANA VALENTINA PAEZ QUEVEDO	1019988994	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	21/04/2026
62	JUAN CARLOS BOHORQUEZ COLMENARES	1002262648	OFICIAL OBRA	19/02/2026	21/04/2026
63	YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO	1053584806	APOYO SST	2/03/2026	

5.1. PERSONAL CONSORCIO PEB-JI POR FRENTE DE TRABAJO

- **PUENTE OSPINA**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	DEISSY YAZMIN ARENAS CONTRERAS	60368395	PROFESIONAL SST	9/09/2025	
2	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	13270332	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
3	JUAN CARLOS BOHORQUEZ COLMENARES	1002262648	OFICIAL OBRA	19/02/2026	21/04/2026
4	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	1007890353	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	

- **PUENTE QUIGUA**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	PAOLA ANDREA ROMAN HERNANDEZ	1090363860	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	RENZO ADRIAN ORTEGA TORRES	88202097	RESIDENTE DE OBRA	9/09/2025	
3	KERLIN NITOLA TIRIA	74382218	AYUDANTE	16/01/2026	

4	JUANA VALENTINA PAEZ QUEVEDO	1019988994	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	21/04/2026
5	CARLOS ALBERTO MEDINA PAREDES	4253192	AYUDANTE	15/01/2026	
6	CARLOS JULIO GAITAN MONTAÑEZ	4168678	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	15/01/2026	

- **PUENTE LA BALSA**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	YIMMY YARITZA BAUTISTA PABON	60421342	PROFESIONAL SST	09/09/2025	
2	EVER LEONARDO RAMIREZ ARIAS	88283109	RESIDENTE DE OBRA	09/09/2025	
3	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	1005074142	AUXILIAR RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
4	TEODULO DE JESUS PUENTES CEPEDA	74326313	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	28/09/2025	
5	LORENZO MONCADA DURAN	4188775	AYUDANTE	17/01/2026	
6	LEONIDAS SALAMANCA BLANCO	1048822742	AYUDANTE	19/01/2026	28/02/2026

- **PUENTE PINZÓN**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	ANA LISBETH GOMEZ HERNANDEZ	37294862	ESPECIALISTA SST	9/09/2025	
2	JOSE FERNANDO MARQUEZ GUERRERO	1093736039	REDIDENTE DE OBRA	09/09/2025	
3	HENRY TOCARRUNCHO ECHEVERRÍA	4080896	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	25/01/2026	
4	SALVADOR BASTOS CARDENAS	79773813	AYUDANTE	26/01/2026	
5	JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ	1022339760	AYUDANTE	26/01/2026	
6	JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA	74433534	OFICIAL OBRA	26/01/2026	

- **PUENTE LO BLANCO**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO	1053584806	APOYO SST	2/03/2026	
2	KEVYN HARLEY CEBALLOS SACHICA	1090445783	REDIDNETE DE OBRA	09/09/2025	
3	JUAN PABLO SANDOVAL HERRERA	1093771786	TECNOLOGO AUXILIAR	15/01/2026	
4	MARTHA ISABEL GUERRERO QUINTERO	1007890353	REGULADOR DE TRANSITO	6/02/2026	
5	VLADIMIR CRUZ SALAZAR	74377614	MAESTRO DE OBRA DE CONSTRUCCION	19/01/2026	
6	ALCIDES SALAMANCA BLANCO	80544396	AYUDANTE	19/01/2026	
7	ELIAN DAVID OCHOA CUEVAS	1193537017	AYUDANTE	19/01/2026	
8	YOHN FREDY GOMEZ GOMEZ	1075667907	AYUDANTE	19/01/2026	

- **PUENTE GUATOQUE**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	13275556	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	JONATHAN LIZCANO GARCIA	1090474081	RESIDENTE DE OBRA	08/11/2025	
3	JOSE VICTOR VICENTE RUIZ GAMBOA	74241235	REGULADOR DE TRANSITO	04/02/2026	
4	EMERSON FABIAN CARRILLO PEREZ	1005074142	AUXILIAR RESIDENTE DE OBRA	12/12/2025	
5	YADINSON CARDENAS RODRIGUEZ	1006783040	AYUDANTE	14/01/2026	

- **PUENTE PUEBLITO BOYACENSE**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	13275556	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	JORGE IVAN ARIAS FLOREZ	1090464698	RESIDENTE DE OBRA	6/09/2025	

3	HUGO ARMANDO SUESCUN BECERRA	1002404040	ING AUXILIAR	4/02/2026	
4	ZOILA ROSA CORREDOR CASTILLO	1054090620	REGULADOR DE TRANSITO	4/02/2026	

- **PUENTE IBACAPÍ**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	JOSE FERNANDO MORA MIRANDA	13275556	ESPECIALISTA SST	28/10/2025	
2	LUIS ALBERTO CARRIEDO ESPINEL	13270332	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	9/09/2025	

5.2. RELACION DE PERSONAL SUBCONTRATISTA

- **PERSONAL SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	OSCAR IBAN CASTRO OVIEDO	1057575706	SOLDADOR Y ARMADOR	13/02/2026	
2	JUAN DAVID GONZALEZ GONZALEZ	1049625635	SOLDADOR	13/02/2026	
3	LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ	1007542612	AUXILIAR	13/02/2026	
4	JAIRO DAVID VARGAS OLARTE	1049607096	SOLDADOR	13/02/2026	

- **RELACION DE CONDUCTORES Y OPERADORES (PUENTE GUATOQUE)**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	MANUEL VICENTE SUAREZ NAVARRO	4243895	OPERADOR DE RETROEXCAVADORA	13/01/2025	05/02/2026
2	JHEYSSON ANDRES SUAREZ ESPITIA	1055670829	CONDUCTOR	13/01/2025	05/02/2026
3	JOSE ABINAEL LOPEZ CHIVATA	10515240157	OPERADOR DE EXCAVADORA	13/02/2025	28/02/2026

- **SUBCONTRATISTA JOSE ARMANDO MORENO (PUENTE GUATOQUE)**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	JOSE ARMANDO MORENO ROJAS	7180057	MAESTRO	21/01/2026	
2	ELDER ARMANDO MORENO OSTOS	1002328923	OFICIAL	21/01/2026	
3	RONALD ANDRES ROBERTO COLMENARES	1002340088	AYUDANTE	21/01/2026	
4	JHONATAN STIVEN ROBERTO COLMENARES	1049651183	AYUDANTE	21/01/2026	

- **SUBCONTRATISTA VANUKO S.A.S. (PUENTE PUEBLITO BOYACENSE)**

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	EGRESO
1	HANZ HERAZO RAMIREZ	1053003927	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
2	ABEL RAMON VANEGAS ATENCIO	9022521	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
3	JOSE MIGUEL NIETO RIOS	9271661	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	
4	LUCAS DARIO BASTO VILLAMIZAR	1007406399	OPERADOR DE BOMBA	05/02/2026	05/02/2026
5	LUIS EDUARDO DIAZ ANGULO	1006385549	OFICIAL	27/01/2026	14/02/2026
6	LUIS RAFAEL ATENCIA MORENO	8866059	AYUDANTE DE OBRA	27/01/2026	

6. PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Se hace entrega de Soporte de pago de seguridad social de **CONSORCIO PEB-JI** y de los subcontratistas, con todos los respectivos trabajadores laborados en el mes de **FEBRERO** del presente año.

Anexo 1. Pago al sistema de seguridad social.

7. AFILIACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Durante el periodo del presente informe se efectuaron las afiliaciones del personal al Sistema de Seguridad Social (ARL, EPS Y AFP).

Anexo 2. Afiliaciones de seguridad social.

8. EXÁMENES DE INGRESO

Al personal vinculado al proyecto se le practicaron los exámenes médicos de ingreso, con el fin de verificar que contara con las condiciones físicas óptimas para el cargo a desempeñar.

Anexo 3. Exámenes médicos de ingreso.

9. EXÁMENES DE EGRESO

En los casos de terminación de vínculo laboral, se realizaron los exámenes médicos de egreso. Cuando el trabajador no accedió a practicárselos, se gestionó y archivó la respectiva carta de desistimiento, en cumplimiento de la normatividad vigente en SST.

Anexo 4. Exámenes médicos de egreso.

10.INDUCCIÓN

Se les efectúa inducciones al personal directo e indirecto que ingresa a obra dejando constancia en el registro los siguientes temas:

- Roles y Responsabilidades del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en Trabajo.
- Funciones del Cargo.
- Políticas de Seguridad y Salud en Trabajo.

- ARL, EPS y AFP.
- Normatividad del SG-SST.
- Reporte de Accidentes de Trabajo.

Anexo 5. Inducciones.

11.ENTREGA DE DOTACIÓN

De acuerdo con los riesgos identificados, se realizó la entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) necesarios para el desempeño de cada labor, siendo de carácter obligatorio su uso. Los EPP fueron suministrados a todo el personal y se estableció que serán reemplazados conforme al criterio definido y al desgaste generado por las actividades ejecutadas.

Anexo 6. Entrega de dotación.

12.CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO

Se realizó el control de asistencia del personal, llevando seguimiento de la cantidad de trabajadores presentes en el proyecto. Así mismo, se efectuaron charlas diarias y capacitaciones con el objetivo de informar y concientizar a los empleados sobre su propia seguridad y salud en el trabajo.

Anexo 7. Capacitaciones SST.

13.CONTROL DE MAQUINARIA AMARILLA EN OBRA

Durante la ejecución del proyecto se contó con maquinaria amarilla utilizada para el desarrollo de las actividades constructivas. Se verificó que esta contara con la documentación legal vigente.

Anexo 8. Soportes de Maquinaria Amarilla.

14.PESV – PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL

Se verificaron las condiciones de seguridad vial en la operación de vehículos y volquetas, incluyendo la revisión de la documentación requerida, maniobras de ingreso y salida, circulación por rutas internas, cumplimiento de señalización y prácticas seguras durante el transporte, cargue y descargue de materiales.

15.INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Se llevaron a cabo inspecciones al botiquín, la camilla y el extintor, con el fin de verificar su estado y disponibilidad para la atención de emergencias en el proyecto.

Anexo 9. Inspecciones.

16.UNIDADES SANITARIAS

Durante la ejecución del proyecto se verificó el estado, disponibilidad y condiciones de las unidades sanitarias instaladas en obra. Se confirmó que estas permanecieron en adecuado funcionamiento, con suministro de agua, limpieza periódica y elementos de higiene para el personal. Asimismo, se hizo seguimiento al cumplimiento de las condiciones mínimas de salud y bienestar exigidas para los trabajadores.

17.SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA

Se realizo la instalación y mantenimiento inicial de cintas y señalización en el frente de trabajo, con el fin de garantizar la delimitación de las zonas de riesgo y promover la seguridad del personal.

18.REPORTE DE ACCIDENTABILIDAD

Durante el mes de **FEBRERO**, no se registraron accidentes laborales ni incidentes que comprometieran la seguridad e integridad del personal vinculado al proyecto. Tampoco se presentaron novedades relacionadas con ausentismo laboral de origen ocupacional ni situaciones que afectaran el bienestar psicosocial de los trabajadores.

Anexo 10. Reporte de accidentalidad.

19.CERTIFICACIÓN DE DEDICACIÓN Y PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO APROBADO

El recurso humano aprobado se encontró vinculado a la obra durante el período evaluado, cumpliendo con la dedicación y permanencia contractualmente establecidas.

Anexo 11. Certificado de dedicación y permanencia del recurso humano aprobado.

20.CONCLUSIONES

Las acciones desarrolladas durante el periodo inicial han permitido sentar las bases para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este proceso ha sido clave para comenzar a identificar aspectos críticos y áreas de oportunidad que requieren atención prioritaria. Uno de los puntos más relevantes identificados ha sido la importancia de reconocer y atender las necesidades reales del personal operativo, lo cual resulta fundamental para garantizar un entorno laboral seguro, saludable y acorde con las condiciones del proyecto.

21.REGISTRO FOTOGRÁFICO

El registro fotográfico evidencia las condiciones y actividades desarrolladas en los frentes de trabajo.

Tabla 3 Registro fotográfico

REGISTRO FOTOGRÁFICO	
	
	
	





DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

ANEXOS

DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

Anexo 1.
Pago al sistema de seguridad social.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901977234	8	CONSORCIO PEB-JI	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CALLE 11AN 11AE 100	5008919	CONSORCIOPEBJI@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
2026-02	2026-03	36771550	E	2026-03-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	31.092.600	159.900	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
50	36771550	2026-03-09	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 60368395	ARENAS CONTRERAS DEISSY YAZMIN	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
2	CC 1090464698	ARIAS FLOREZ JORGE IVAN	2.135.250	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.135.250	341.700	0	0	SANITAS-EPS005	2.135.250	85.500	COMFAORIENTE-CCF36	2.135.250	85.500	2.135.250	148.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	661.400	S	5711001
3	CC 79773813	BASTO CARDENAS SALVADOR	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
4	CC 60421342	BAUTISTA PABON YIMMY YARITZA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
5	CC 1091675249	BECERRA ILLERA JHONY ALEJANDRO	2.250.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.250.905	360.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	2.250.905	90.100	COMFAORIENTE-CCF36	2.250.905	90.100	2.250.905	156.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	697.100	S	5711001
6	CC 1002262648	BOHORQUEZ COLMENARES JUAN CARLOS	1.750.905	F	X															0			12	12	12	12	PORVENIR-230301	700.362	112.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	700.362	28.100	COMFAORIENTE-CCF36	700.362	28.100	700.362	48.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	217.100	S	5711001
7	CC 1006783040	CARDENAS RODRIGUEZ YADINSON	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
8	CC 13270332	CARRIEDO ESPINEL LUIS ALBERTO	2.135.250	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.135.250	341.700	0	0	COMFAORIENTE-CCFC50	2.135.250	85.500	COMFAORIENTE-CCF36	2.135.250	85.500	2.135.250	148.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	661.400	S	5711001
9	CC 1005074142	CARRILLO PEREZ EMERSON FABIAN	2.500.000	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.500.000	400.000	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	2.500.000	100.000	COMFAORIENTE-CCF36	2.500.000	100.000	2.500.000	174.000	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	774.000	S	5711001
10	CC 1090445783	CEBALLOS SACHICA KEVYN HARLEY	2.135.250	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.135.250	341.700	0	0	SANITAS-EPS005	2.135.250	85.500	COMFAORIENTE-CCF36	2.135.250	85.500	2.135.250	148.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	661.400	S	5711001
11	CC 1054090620	CORREDOR CASTILLO ZOILA ROSA	1.750.905	V	X															0			27	27	27	27	PORVENIR-230301	1.575.815	252.200	0	0	EPS CAJACOPI-CCFC55	1.575.815	63.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.575.815	63.100	1.575.815	109.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	488.100	S	5711001
12	CC 74377514	CRUZ SALAZAR VLADIMIR	3.000.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	3.000.000	480.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.000.000	120.000	COMFAORIENTE-CCF36	3.000.000	120.000	3.000.000	208.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	928.800	S	5711001
13	CC 1057610992	ESTUPIÑAN GONZALEZ CARLOS IVAN	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
14	CC 4168678	GAITAN MONTAÑEZ CARLOS JULIO	3.000.000	V																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	3.000.000	480.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.000.000	120.000	COMFAORIENTE-CCF36	3.000.000	120.000	3.000.000	208.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	928.800	S	5711001
15	CC 1093780984	GALVIS SANGUINO ANGIE VIVIANA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
16	CC 1075667907	GOMEZ GOMEZ YOHN FREDY	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
17	CC 37294862	GOMEZ HERNANDEZ ANA LISBETH	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
18	CC 1090500218	GOMEZ RODRIGUEZ MARIA PAZ	3.500.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	3.500.000	560.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	3.500.000	140.000	COMFAORIENTE-CCF36	3.500.000	140.000	3.500.000	243.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	1.083.600	S	5711001
19	CC 1007890353	GUERRERO QUINTERO MARTHA ISABEL	1.750.905	V	X															0			25	25	25	25	COLPENSIONES-25-14	1.459.088	233.500	0	0	EPS CAJACOPI-CCFC55	1.459.088	58.400	COMFAORIENTE-CCF36	1.459.088	58.400	1.459.088	101.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	451.900	S	5711001
20	CC 73109426	HERNANDEZ GORDILLO VICTOR ANTONIO	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
21	CC 13472455	LAZARO CORREA GIOVANNI FRANCISCO	7.000.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	7.000.000	280.000	COMFAORIENTE-CCF36	7.000.000	280.000	7.000.000	487.200	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	2.167.200	S	5711001
22	CC 1090474081	LIZCANO GARCIA JONATHAN DAVID	2.135.250	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.135.250	341.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.135.250	85.500	COMFAORIENTE-CCF36	2.135.250	85.500	2.135.250	148.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	661.400	S	5711001
23	CC 1093736039	MARQUEZ GUERRERO JOSE FERNANDO	2.135.250	V																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.135.250	341.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	2.135.250	85.500	COMFAORIENTE-CCF36	2.135.250	85.500	2.135.250	148.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	661.400	S	5711001
24	CC 4253192	MEDINA PAREDES CARLOS ALBERTO	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
25	CC 4188775	MONCADA DURAN LORENZO	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
26	CC 13275556	MORA MIRANDA JOSE FERNANDO	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
27	CC 73137740	MOUTHON BELLO ALBERTO FEDERICO	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	EPS SURA-EPS010	1.750.905	70.100	COMFAORIENTE-CCF36	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001

| | | |

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901977234	8	CONSORCIO PEB-JI	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	CALLE 11AN 11AE 100		5008919			CONSORCIOPEBJI@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
2026-02	2026-03	36771550	E	2026-03-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	31.092.600	159.900	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
50	36771550	2026-03-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
99.879.560	99.879.560	99.879.560	99.879.560	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				50	15.983.000	0	82.300	0	16.065.300
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	22	7.448.600	0	38.300	0	7.486.900
PORVENIR	230301	800224808	8	17	4.987.900	0	25.700	0	5.013.600
PROTECCION	230201	800229739	0	11	3.546.500	0	18.300	0	3.564.800
EPS(Administradoras: 12)				50	3.998.000	0	21.200	0	4.019.200
EPS CAJACOPI	CCFC55	901543211	6	2	121.500	0	700	0	122.200
COMFAORIENTE	CCFC50	890500675	6	1	85.500	0	500	0	86.000
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	3	154.300	0	800	0	155.100
EPSC CAPRESOCA	EPSC25	891856000	7	1	70.100	0	400	0	70.500
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	3	156.600	0	900	0	157.500
SANITAS	EPS005	800251440	6	8	622.400	0	3.200	0	625.600
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	8	550.400	0	2.900	0	553.300
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	70.100	0	400	0	70.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	19	1.827.800	0	9.400	0	1.837.200
EPS SURA	EPS010	800088702	2	2	140.200	0	800	0	141.000
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	1	100.000	0	600	0	100.600
COOSALUD	EPS042	900226715	3	1	99.100	0	600	0	99.700
ARP(Administradoras: 1)				50	6.953.700	0	35.800	0	6.989.500
ARL SURA	14-11	890903790	5	50	6.953.700	0	35.800	0	6.989.500
CCF(Administradoras: 1)				50	3.998.000	0	20.600	0	4.018.600
COMFAORIENTE	CCF36	890500675	6	50	3.998.000	0	20.600	0	4.018.600
Gran Total					30.932.700	0	159.900	0	31.092.600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901722123	4	SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 2 ESTE 40-54 INT 1	TUNJA-BOYACA	7473247	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	145686278	9501487502	E	2026/03/06	2026/03/16	BANCOLOMBIA	10	$3,500,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																						$11,578,349	$1,852,800			$11,578,349	$463,400			$11,687,781	$467,800			$11,578,349		$693,400		$0	$0		$3,477,400
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$429,600
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$429,600
1	CC	1049636073	SANABRIA PALACIOS LUISA FERNANDA																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
Centro de Trabajo: Principal (5 Afiliados)																						$9,827,444	$1,572,600			$9,827,444	$393,300			$9,936,876	$397,700			$9,827,444		$684,200		$0	$0		$3,047,800
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (5 Afiliados)																						$9,827,444	$1,572,600			$9,827,444	$393,300			$9,936,876	$397,700			$9,827,444		$684,200		$0	$0		$3,047,800
2	CC	1057575706	CASTRO OVIEDO OSCAR IBAN																	231001	30	$2,600,000	$416,000	EPS037	30	$2,600,000	$104,000	CCF10	30	$2,600,000	$104,000	14-11	30	$2,600,000	6.960%	$181,000	30	$0	$0	Si	$805,000
3	CC	1049625635	GONZALEZ GONZALEZ JUAN DAVID							X										230301	30	$2,500,000	$400,000	EPS037	30	$2,500,000	$100,000	CCF10	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	6.960%	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
4	CC	1002692322	RIOS GIL ANGIE CATHERINE		X														X	25-14	21	$1,225,634	$196,200	EPS037	21	$1,225,634	$49,100	CCF10	21	$1,335,066	$53,500	14-11	21	$1,225,634	6.960%	$85,400	21	$0	$0	Si	$384,200
5	CC	1007542612	VALLEJO BOHORQUEZ LUIS DAVID																	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
6	CC	1049607096	VARGAS OLARTE JAIRO DAVID																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF10	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total		**Afiliados(6)**																				$11,578,349	$1,852,800			$11,578,349	$463,400			$11,687,781	$467,800			$11,578,349		$693,400		$0	$0		$3,477,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$1,852,800	$12,000	$0	$1,864,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$416,000	$2,700	$0	$418,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$476,400	$3,100	$0	$479,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$960,400	$6,200	$0	$966,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$693,400	$4,500	$0	$697,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$693,400	$4,500	$0	$697,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$467,800	$3,100	$0	$470,900
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	6	$467,800	$3,100	$0	$470,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$463,400	$3,100	$0	$466,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$323,200	$2,100	$0	$325,300
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$140,200	$1,000	$0	$141,200
TOTAL				**6**	**$3,477,400**	**$22,700**	**$0**	**$3,500,100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1055670018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR MANUEL FAJARDO GAMBOA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA SOFIA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 N 6 10	TELÉFONO:	7451010
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por menor en establecimientos no espe
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	**4645973786**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	19						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996190208		

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
230301	230301-PORVENIR	2	$ 560.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.900	$ 0	$ 560.400	$ 6.900	$ 567.300
SUBTOTALES:										**$ 560.400**	**$ 6.900**	**$ 567.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 900	$ 0	$ 70.100	$ 900	$ 0	$ 71.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 900	$ 0	$ 70.100	$ 900	$ 0	$ 71.000
SUBTOTALES:													**$ 140.200**	**$ 1.800**	**$ 0**	**$ 142.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 243.800	$ 243.800	$ 3.000	$ 0	$ 246.800
SUBTOTALES:									**$ 243.800**	**$ 3.000**	**$ 0**	**$ 246.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	2	$ 140.200	$ 1.800	$ 142.000
SUBTOTALES:			**$ 140.200**	**$ 1.800**	**$ 142.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																							
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																													
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1051240157	LOPEZ CHIVATA JOSE ABINAEL	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI		30															230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF10-COMFABOY	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1070944626	CASTRO BARRERA WILMER ELADIO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905		$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF10-COMFABOY	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.098.100

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 7180057	6	JOSE ARMANDO MORENO ROJAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	4290	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CALLE 2 17 75 BARRIO LIBERTADOR		3202498397			CONSORCIOPEBJI@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
2026-02	2026-03	36774912	E	2026-04-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.234.100	64.900	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	36774912	2026-03-13	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1002328923	MORENO OSTOS ELDER ARMANDO	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFABOY-CCF10	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
2	CC 7180057	MORENO ROJAS JOSE ARMANDO	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFABOY-CCF10	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
3	CC 1049651183	ROBERTO COLMENARES JHONATAN STIVEN	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.750.905	70.100	COMFABOY-CCF10	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001
4	CC 1002340088	ROBERTO COLMENARES RONALD ANDRES	1.750.905	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.750.905	70.100	COMFABOY-CCF10	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 7180057	6	JOSE ARMANDO MORENO ROJAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	4290	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
15-1	CALLE 2 17 75 BARRIO LIBERTADOR		3202498397			CONSORCIOPEBJI@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
2026-02	2026-03	36774912	E	2026-04-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.234.100	64.900	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	36774912	2026-03-13	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
7.003.620	7.003.620	7.003.620	7.003.620	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				4	1.120.800	0	33.500	0	1.154.300
PORVENIR	230301	800224808	8	3	840.600	0	25.100	0	865.700
PROTECCION	230201	800229739	0	1	280.200	0	8.400	0	288.600
EPS(Administradoras: 3)				4	280.400	0	8.400	0	288.800
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	2	140.200	0	4.200	0	144.400

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	70.100	0	2.100	0	72.200
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	70.100	0	2.100	0	72.200
ARP(Administradoras: 1)				4	487.600	0	14.600	0	502.200
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	4	487.600	0	14.600	0	502.200
CCF(Administradoras: 1)				4	280.400	0	8.400	0	288.800
COMFABOY	CCF10	891800213	8	4	280.400	0	8.400	0	288.800
Gran Total					2.169.200	0	64.900	0	2.234.100

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901442136	8	VANUKO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4390	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	AV 9 # 54-83 APTO 703D CONJUNTO PIEMONTE		5563240			VANUKOSAS2020@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
2026-02	2026-03	37168279	E	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.513.500	72.900	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
6	37168279	2026-03-10	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 8866059	ATENCIA MORENO LUIS RAFAEL	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFANORTE-CCF37	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5433001
2	CC 9022521	VANEGAS ATENCIO ABEL RAMON	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	1.750.905	70.100	COMFANORTE-CCF37	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5433001
3	CC 9271661	NIETO RIOS JOSE MIGUEL	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.750.905	70.100	COMFANORTE-CCF37	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5433001
4	CC 1006385549	DIAZ ANGULO LUIS EDUARDO	1.750.905	F		X														0			14	14	14	14	PROTECCION -230201	817.089	130.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	817.089	32.700	COMFANORTE-CCF37	817.089	32.700	817.089	56.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	253.100	S	5433001
5	CC 1007406399	BASTO VILLAMIZAR LUCAS DARIO	1.750.905	F	X	X														0			1	1	1	1	PORVENIR-230301	58.364	9.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	58.364	2.400	COMFANORTE-CCF37	58.364	2.400	58.364	4.100	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	18.300	S	1711001
6	CC 1053003927	HERAZO RAMIREZ HANS	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	1.750.905	70.100	COMFANORTE-CCF37	1.750.905	70.100	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	542.300	S	5433001

PAGADO

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901442136	8	VANUKO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4390	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	AV 9 # 54-83 APTO 703D CONJUNTO PIEMONTE		5563240			VANUKOSAS2020@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
2026-02	2026-03	37168279	E	2026-04-24	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	2.513.500	72.900	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
6	37168279	2026-03-10	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
7.879.073	7.879.073	7.879.073	7.879.073	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				6	1.261.000	0	37.600	0	1.298.600
PORVENIR	230301	800224808	8	2	289.600	0	8.700	0	298.300
PROTECCION	230201	800229739	0	1	130.800	0	3.900	0	134.700
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	840.600	0	25.000	0	865.600
EPS(Administradoras: 3)				6	315.500	0	9.500	0	325.000
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	2	140.200	0	4.200	0	144.400
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	70.100	0	2.100	0	72.200
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	105.200	0	3.200	0	108.400
ARP(Administradoras: 1)				6	548.600	0	16.400	0	565.000
ARL SURA	14-11	890903790	5	6	548.600	0	16.400	0	565.000
CCF(Administradoras: 1)				6	315.500	0	9.400	0	324.900
COMFANORTE	CCF37	890500516	3	6	315.500	0	9.400	0	324.900
Gran Total					2.440.600	0	72.900	0	2.513.500

Anexo 2.
Afiliaciones de seguridad social.

Medellín, 01 de Abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encontraba(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales durante las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de desafiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Tipo Cotizante	Estado
C1049607096	VARGAS OLARTE JAIRO DAVID	28/09/2024	29/09/2024	DEPENDIENTE	MORA
C1049607096	VARGAS OLARTE JAIRO DAVID	20/10/2025	31/10/2025	DEPENDIENTE	MORA
C1049607096	VARGAS OLARTE JAIRO DAVID	11/01/2026	31/03/2026	DEPENDIENTE	RETIRADO

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:C3336546726091365 24

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Los trabajadores marcados con la letra R tienen retiro pendiente.

Medellín, 01 de Abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encontraba(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales durante las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de desafiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Tipo Cotizante	Estado
C1057575706	CASTRO OVIEDO OSCAR IBAN	25/11/2025	30/12/2025	DEPENDIENTE	RETIRADO
C1057575706	CASTRO OVIEDO OSCAR IBAN	06/01/2026	31/03/2026	DEPENDIENTE	RETIRADO

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:C3336546726091366645

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Los trabajadores marcados con la letra R tienen retiro pendiente.

Medellín, 01 de Abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encontraba(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales durante las fechas indicadas

A continuación se relacionan las fechas de desafiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Tipo Cotizante	Estado
C1049625635	GONZALEZ GONZALEZ JUAN DAVID	15/11/2025	30/12/2025	DEPENDIENTE	RETIRADO
C1049625635	GONZALEZ GONZALEZ JUAN DAVID	05/01/2026	31/03/2026	DEPENDIENTE	RETIRADO

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:C3336546726091365 83

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Los trabajadores marcados con la letra R tienen retiro pendiente.

Dirección IP 103.219.234.44, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Medellín, 20 de abril de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ identificado(a) con C1007542612 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:C10075426122611056028

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Medellín, 18 de Abril de 2026

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 PEB-JI, en el centro de trabajo 0000000002 - PUEBTES BOYACA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1002262648	BOHORQUEZ COLMENARES JUAN CARLOS	19/02/2026		41123237	DEPENDIENTE	MORA

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:C10904646982610839109

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/04/2026 10:51:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.163.42, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Medellín, 18 de Abril de 2026

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 PEB-JI, en el centro de trabajo 0000000002 - PUEBTES BOYACA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1053584806	GOMEZ ALVARADO YEISON ARLEY	02/03/2026		25035361	DEPENDIENTE	MORA

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:C10904646982610839129

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/04/2026 10:52:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.163.42, 192.230.104.13, 172.16.42.57

30106427

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 216977

FECHA DE RADICACIÓN: 03 03 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0708

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CASTRO | SEGUNDO APELLIDO: OVIEDO | PRIMER NOMBRE: OSCAR | SEGUNDO NOMBRE: IBAN

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1057575706
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: HUILA | MUNICIPIO: NEIVA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 28 | MES 08 | AÑO 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: COLFONDOS
24. IBC: $2,600,000.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 40 2 25
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3219055678
CORREO ELECTRÓNICO: iban28oscast@gmail.com
DEPARTAMENTO: BOYACA
MUNICIPIO/ DISTRITO: TUNJA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 6383

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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 DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: Simoc Construcciones SAS
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901722123
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: DIRECCIÓN: KR 2 ESTE 40 54 INT 1 | TELÉFONO FIJO O CELULAR: | CORREO ELECTRÓNICO: gerencia.simoc@gmail.com | DEPARTAMENTO: BOYACA | MUNICIPIO/DISTRITO: TUNJA

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/O 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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 05 | MES 01 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

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

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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

82

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, OSCAR IBAN CASTRO OVIEDO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1057575706 de NEIVA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3219055678

y/o correo electrónico: iban28oscast@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1057575706

Fecha de Solicitud: 03/03/2026

Dirección: CL 40 2 25

Tel: 3219055678 Municipio: TUNJA

Departamento: BOYACA

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	SURA	COLFONDOS	$2600000	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación						Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT		C.C.		C.E.			
		P.A.		T.I.		C.D.			

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Andres Fabian Salas Rodriguez	N0708		CIUDAD Y FECHA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.057.575.706
CASTRO OVIEDO
APELLIDOS
OSCAR IBAN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1987
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-OCT-2005 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-4400100-00157951-M-1057575706-20090530
0011943198A 1
26619586

30106460

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 217014

FECHA DE RADICACIÓN: 03 03 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0708

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: GONZALEZ | SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ | PRIMER NOMBRE: JUAN | SEGUNDO NOMBRE: DAVID

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049625635
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: BOYACA | MUNICIPIO: TUNJA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 17 | MES 02 | AÑO 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $2,400,000.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KM 2 VIA TUNJA BOGOTA VDA RUNTA
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3203451499
CORREO ELECTRÓNICO: davigonzalez97@gmail.com
DEPARTAMENTO: BOYACA
MUNICIPIO/ DISTRITO: TUNJA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 6383

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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 DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: Simoc Construcciones SAS
56. Tipo documento de Identificación: NIT [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901722123
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: DIRECCIÓN: KR 2 ESTE 40 54 INT 1 | TELÉFONO FIJO O CELULAR: | CORREO ELECTRÓNICO: gerencia.simoc@gmail.com | DEPARTAMENTO: BOYACA | MUNICIPIO/DISTRITO: TUNJA

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/O 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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 05 | MES 01 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

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

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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio: Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

85

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JUAN DAVID GONZALEZ GONZALEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1049625635 de TUNJA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3203451499

y/o correo electrónico: davigonzalez97@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Juan David

Tipo ID: CC No. ID: 1049625635

Fecha de Solicitud: 03/03/2026

Dirección: KM 2 VIA TUNJA BOGOTA VDA RUNTA

Tel: 3203451499 Municipio: TUNJA

Departamento: BOYACA

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	SURA	PORVENIR	$2400000	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐	
Inicio Contrato		Fin Contrato		

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Andres Fabian Salas Rodriguez	N0708		CIUDAD Y FECHA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1991**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **O+** G S RH | **M** SEXO

08-JUN-2009 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0700100-00172969-M-1049625635-20090826 0015424921A 1 27649634

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.049.625.635**

GONZALEZ GONZALEZ
APELLIDOS

JUAN DAVID
NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner

impulsado por CamScanner

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1049607096
NOMBRES	JAIRO DAVID
APELLIDOS	VARGAS OLARTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	TUNJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2026	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/20/2026 15:08:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

30107717

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 216992

FECHA DE RADICACIÓN: 03 03 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0708

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VALLEJO	BOHORQUEZ	LUIS	DAVID

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
C.C. [CC]	1007542612	F [X] M [ ]	F [X] M T NB Otro — Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO
COLOMBIA	COLOMBIA	BOYACA	GARAGOA	04 / 08 / 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ]	SI [ ] NO [X]					SURA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,750,905.00	$0.00		CL 40 2 25

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3213919022	sstsimoc@gmail.com	BOYACA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
TUNJA		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	6383

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro — Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. NO	49. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Simoc Construcciones SAS	X T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	901722123	

59. Ubicación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
KR 2 ESTE 40 54 INT 1		gerencia.simoc@gmail.com	BOYACA	TUNJA

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/O 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.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD DÍA / MES / AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
		03 / 01 / 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	

IX. FIRMAS

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

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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total [ ]
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA / MES / AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA / MES / AÑO
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.				

OBSERVACIONES:

90

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1007542612 de GARAGOA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3213919022

y/o correo electrónico: sstsimoc@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Luis david

Tipo ID: CC No. ID: 1007542612

Fecha de Solicitud: 03/03/2026

Dirección: CL 40 2 25

Tel: 3213919022 Municipio: TUNJA

Departamento: BOYACA

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	SURA	PORVENIR	$1750905	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Andres Fabian Salas Rodriguez	N0708		CIUDAD Y FECHA


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
VALLEJO BOHORQUEZ
NUIP 1.007.542.612
Nombres
LUIS DAVID
Nacionalidad
COL
Estatura
1.73
Sexo
M
Fecha de nacimiento
04 AGO 2003
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
GARAGOA (BOYACA)
Fecha y lugar de expedición
02 NOV 2021, ALMEIDA
Firma
Fecha de expiración
05 ENE 2034


ICO
038811858
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL038811858607007<<<<<<<<<<
0308049M3401055COL1007542612<8
VALLEJO<BOHORQUEZ<<LUIS<DAVID<

Bogota 05.03.2026

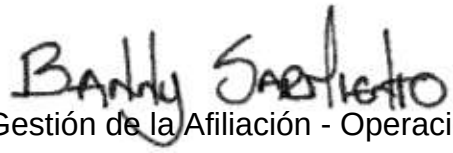
Señores,
CONSORCIO PEB JI - NI 901977234
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-03-05 con numero de radicado 7839052 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 7839052

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO PEB – JI
901.977.234-8

Cúcuta, marzo 04 de 2026

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como Nit. 901977234-8 CONSORCIO PEB-JI, para las personas que se detallan a continuación

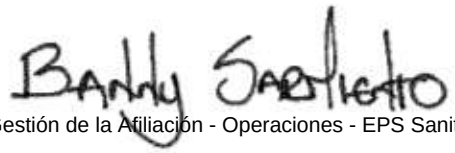
N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CEDULA DE CIUDADANIA	1053584806	YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO	2550905	02-03-2026		MZ 1 BLOQUE 10 APT 302 URB ANTONIA SANTOS ETP 2	TUNJA-BOYACA	3133873544	Yeisongomez_21@gmail.com
2										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

Clara M. Sevilla Lemus.

CLARA MARCELA SEVILLA LEMUS
C.C. 60340973
AUXILIAR ADMINISTRATIVA



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/04/2026, el empleador CONSORCIO PEB-JI. identificado con NIT número 901977234 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10242990	18/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1002262648	JUANCARLOS BOHORQUEZ COLMENARES	2250905	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2026-03-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

JAIRO DAVID VARGAS OLARTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.607.096**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2026.

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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.625.635**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2026.

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.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.542.612**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS BOHORQUEZ COLMENARES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.262.648**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Abril del 2026.

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.

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:

YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.053.584.806**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Abril del 2026.

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.

Anexo 3.
Exámenes médicos de ingreso

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD



Paciente: OSCAR IBAN CASTRO OVIEDO
Identificación: CC 1057575706
Género: M Fecha de Nacimiento: 1987-08-28 Edad: 38 A
Teléfono: 3219055678
Dirección ESMERALDA
Residencia: TUNJA
Profesión: SOLDADOR Y OXICORTADOR
Nivel Educativo: Tecnica Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Empresa en misión: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Actividad económica:
EPS: Nueva EPS ARL: Sin información AFP: Sin información

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242801 Fecha apertura: 20260105 09:53:23
Fecha cierre: 20260105 10:08:17
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: SOLDADOR Y ARMADOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

RECOMENDACIONES LABORALES

Higiene postural
Manejo adecuado de cargas
Pausa activas reposo visual
realizar Pausas activas durante la jornada laboral
Uso de Elementos de Proteccion Personal y para riesgo biológico actual.
Mantener àngulos de confort
Reposo auditivo extralaboral

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos Y grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de intesidad moderada diarios.

INCLUIR EN PVE

Protección auditiva.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO

Emilce Cardenal P.
MEDICA CIRUJANO RM 807
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA 0893

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: EMILCE CARDENAL PIRAZAN
Identificación: CC 40046345
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RL
Licencia S.O.: 0893 - Exp 11/07/2019 Registro No.: 807

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1057575706

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Tel: 7442001 - 7448510 Cel. 317 6386099
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JAIRO DAVID VARGAS OLARTE
Género: M Fecha de Nacimiento: 1987-03-27 Edad: 38 A
Dirección CALLE 40 2 25
Empresa: JOHN FREDY VARGAS OLARTE
Empresa en misión: JOHN FREDY VARGAS OLARTE
Actividad económica:

Identificación: CC 1049607096
Teléfono: 3227482446



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen médico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00237548 Fecha apertura: 20251003 10:47:43
Fecha cierre: 20251003 12:04:48
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: Soldador

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

RECOMENDACIONES LABORALES

Higiene postural
Pausas activas durante la actividad laboral
Control médico anual.
Manejo adecuado de cargas de acuerdo al cargo
Uso de elementos de protección personal

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

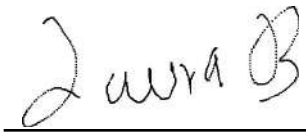
Alimentación balanceada
Practicar actividad física regularmente
Uso de medidas anti éstasis venosas

INCLUIR EN PVE

osteomuscular.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LAURA KATHERINE BENITEZ GUERRERO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Licencia S.O.: 0063-20/01/2025 Registro No.: 113577



Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1049607096

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD



Paciente: JUAN DAVID GONZALEZ GONZALEZ
Identificación: CC 1049625635
Género: M Fecha de Nacimiento: 1991-02-17 Edad: 34 A
Teléfono: 3203451499
Dirección VEREDA RUNTA
Residencia: TUNJA
Profesión: SOLDADOR Y OXICORTADOR
Nivel Educativo: Tecnica Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Empresa en misión: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Actividad económica:
EPS: Nueva EPS ARL: Sin información AFP: Sin información

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00239908 Fecha apertura: 20251113 10:00:27
Fecha cierre: 20251113 10:45:10
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: Soldador

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

RECOMENDACIONES LABORALES	MANEJO POR EPS	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	INCLUIR EN PVE
Higiene postural Pausas activas durante la actividad laboral control médico anual. Manejo adecuado de cargas de acuerdo al cargo Uso de elementos de protección personal	Valoración por su E.P.S..	Alimentación balanceada Practicar actividad física regularmente	osteomsucular

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LAURA KATHERINE BENITEZ GUERRERO
Identificación: CC 1049636255
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Licencia S.O.: 0063-20/01/2025 Registro No.: 113577

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1049625635

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: LUIS DAVID VALLEJO BOHORQUEZ
Identificación: CC 1007542612
Género: M Fecha de Nacimiento: 2003-08-04 Edad: 22 A
Teléfono: 3213919022
Dirección CENTRO
Residencia: TUNJA
Profesión: AUXILIAR
Nivel Educativo: Secundaria Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Empresa en misión: SIMOC CONSTRUCCIONES S.A.S.
Actividad económica:
EPS: Nueva EPS ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00243175 Fecha apertura: 20260109 14:37:49
Fecha cierre: 20260109 14:56:02
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: AUXILIAR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

RECOMENDACIONES LABORALES

Higiene postural
Pausas activas durante la actividad laboral
control médico anual.
Manejo adecuado de cargas de acuerdo al cargo
Uso de elementos de protección personal

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Alimentación balanceada
Practicar actividad física regularmente

INCLUIR EN PVE

Osteomuscular

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LAURA KATHERINE BENITEZ GUERRERO
Identificación: CC 1049636255
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Licencia S.O.: 0063-20/01/2025 Registro No.: 113577



Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1007542612

DRA. ADRIANA GRIJALBA
NIT 52429374-
Cra. 7ª No. 8-35 Local 4 Tel. (312) 510-8161

GUATEQUE - BOYACÁ

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
Resolución 1843 de 2025

Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.



Identificación: CC 1002262648 Fecha Nac.:30/04/2001 Edad: 24 Año(s), 9 Mes(es), 21 Día(s) Fecha de Realización: 19/02/2026
Paciente: BOHORQUEZ COLMENARES JUAN CARLOS Sexo: M
Dirección: CRA 13 # 9-19 CENTRO GARAGOA (Boy.) Teléfono: / 3219197015
Entidad: PARTICULAR
Afiliación: Otro Nivel : 2 No. Admisión: 10351

Empresa: CONSORCIO PEB-JI
Cargo: OFICIAL DE OBRA
ARL: SURATEP

Tipo de Evaluación

Ingreso ☑ Post Incapacidad ☐ Periodico ☐ Concepto Medico Laboral ☐ Retiro ☐ Otros ☐

Riesgos a los que va a estar Expuesto el Trabajador

Icontec NTC 045 ☑ Biomecánico ☑ Físico ☑ Psicolaboral ☑ Químico ☑ Ergonómico ☑ Eléctrico ☑ Otros ☐

Antecedentes Ocupacionales

Exámenes Practicados

Audiometría	☐ Si	☑ No	Colesterol	☐ Si	☑ No	Hemoclasificación	☐ Si	☑ No
Visiometría	☑ Si	☐ No	Triglicéridos	☐ Si	☑ No	KOH Uñas	☐ Si	☑ No
Espirometría	☐ Si	☑ No	Glicemia	☐ Si	☑ No	Frotis de Garganta	☐ Si	☑ No
Optometría	☐ Si	☑ No	Creatinina	☐ Si	☑ No	Electrocardiograma	☐ Si	☑ No
Serología	☐ Si	☑ No	Colinesterasa	☐ Si	☑ No	RX Columna	☐ Si	☑ No
Coprológico	☐ Si	☑ No	Baciloscopia	☐ Si	☑ No	RX Tórax	☐ Si	☑ No
Parcial de Orina	☐ Si	☑ No	Cuadro hemático	☐ Si	☑ No	Otros	☐ Si	☑ No
			Examen Médico por Especialista	☑ Si	☐ No	E. Osteomuscular	☑ Si	☐ No

Descripción Reporte Exámenes Practicados

Trabajos Especiales

Altura ☐ Si ☐ No ☑ N/A Espacios Confinados ☐ Si ☐ No ☑ N/A Manipulación de Alimentos ☐ Si ☐ No ☑ N/A Otros ☐ Si ☐ No ☑ N/A

Recomendaciones de Orden Ocupacional y Patronal

Uso de Elementos de Protección Personal	☑ Si	☐ No	Pausas Activas	☑ Si	☐ No
Restricción Laboral	☐ Si	☑ No	Capacitación para el Cargo	☐ Si	☑ No
Rehabilitación por EPS o ARL	☐ Si	☑ No	Continuar Incapacidad	☐ Si	☑ No
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica	☐ Si	☑ No	Inducción al Cargo	☐ Si	☑ No

Recomendaciones de Orden General

Manejo de Patología por EPS	☐ Si	☑ No	Bajar de Peso	☐ Si	☑ No
Hábitos Saludables en Alimentación	☑ Si	☐ No	Realización de Actividad Física	☑ Si	☐ No
Medicación Transitoria o Permanente	☐ Si	☑ No	Uso de Elementos de Ortesis o Protésicos	☐ Si	☑ No
Valoración por Medicina y/o Otros	☑ Si	☐ No	Otras Recomendaciones	☑ Si	☐ No

¿Otras - Cuales?

ASISTIR A EPS PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DEL CICLO DE VIDA DE LA JUVENTUD - PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA, HIGIENE POSTURAL

Concepto General

Sin defecto físico, ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada	☑	Aplazado hasta valoración por Especialista	☐
Con defecto físico o enfermedad corregible que NO interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Examen de Retiro Satisfactorio	☐
Con defecto físico o enfermedad corregible que interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Examen de Retiro NO satisfactorio	☐
Con defecto físico o enfermedad que interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Apto para trabajo Seguro en Alturas	☐

Otras Recomendaciones

Examen físico, se realiza con énfasis osteomuscular ☑ Si ☐ No ☐ N/A Examen de piel ☐ Si ☐ No ☑ N/A

Ampliación de Recomendaciones

SEGUIR RECOMENDACIONES DEL EMPLEADOR DE ACUERDO PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS - EJERCICIO REGULAR DE 150 MIN SEMANALES

Según la Resolucion 1918 del 2009 , la firma y entrega de la presente certificacion indica que el medico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo se hace responsable de la custodia de la Historia Clinica Ocupacional del Trabajador.

Firma Profesional	Firma del Aspirante o Trabajador
GRIJALBA FUERTES ADRIANA FERNANDA, Medico Seguridad y Salud en el Trabajo 524293740 RM 1044 Universidad Javeriana DRA. ADRIANA FERNANDA GRIJALBA FUERTES MEDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RM. 15300/2001 LICENCIA SST RESOL 1044 - 2020	

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión: 03/03/2026 17:18:03

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/03/2026 10:42:00** Empresa **CONSORCIO PEB-JI.**

Nombre **YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO** Tel **3133873544**

Cargo **PROFESIONAL EN SEGURIDAD** Doc. Identidad **CC 1053584806**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2 OPTOMETRIA	3
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS.
VACUNA COVID 2 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, HIGIENE POSTURAL, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, USO CORRECTO DE LOS EPP. CONTROL DE PESO.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 8°0540 DEL 26/03/18

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 1576
03/09/2021

Trabajador: YEISON ARLEY GOMEZ ALVARADO
CC: 1053584806
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Anexo 4.
Retiro de Personal

CONSORCIO PEB – JI

901.977.234-8

15 de febrero del 2026

Señor:

Henry Camilo Pérez Soto

CC: 1049622117

Cargo: Tecnólogo sst

ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN DE RETIRO.

Respetado señor.

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007, Artículo 6° sobre evaluaciones médicas ocupacionales de egreso, solicitamos que asista al examen médico ocupacional de retiro que se practicará en la MAIFESALUD LTDA, ubicada en la CALLE 18 N. 20-61. Este examen tendrá un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para su realización.

En caso de no presentarse dentro del tiempo establecido, se entenderá como su desistimiento voluntario a la práctica del examen médico de egreso, quedando la empresa exenta de responsabilidad frente a este requisito.

Firma:

Henry Camilo Pérez

Nombre Trabajador

Henry Camilo Pérez Soto

CC: 1049622117

DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

CONSORCIO PEB – JI
901.977.234-8

28 de febrero del 2026

Señor:

LEONIDAS SALAMANCA BLANCO

CC: 1048822742

Cargo: AYUDANTE

ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN DE RETIRO.

Respetado señor.

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007, Artículo 6° sobre evaluaciones médicas ocupacionales de egreso, solicitamos que asista al examen médico ocupacional de retiro que se practicará en la MAIFESALUD LTDA, ubicada en la CALLE 18 N. 20-61. Este examen tendrá un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para su realización.

En caso de no presentarse dentro del tiempo establecido, se entenderá como su desistimiento voluntario a la práctica del examen médico de egreso, quedando la empresa exenta de responsabilidad frente a este requisito.

Firma:

Leonidas Salamanca Blanco

Nombre Trabajador

LEONIDAS SALAMANCA BLANCO

CC: 1048822742

DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

CONSORCIO PEB – JI

901.977.234-8

07 de marzo del 2026

Señor:

KERLIN NITOLA TIRIA

CC: 74382218

Cargo: AYUDANTE

ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN DE RETIRO.

Respetado señor.

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007, Artículo 6° sobre evaluaciones médicas ocupacionales de egreso, solicitamos que asista al examen médico ocupacional de retiro que se practicará en la MAIFESALUD LTDA, ubicada en la CALLE 18 N. 20-61. Este examen tendrá un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para su realización.

En caso de no presentarse dentro del tiempo establecido, se entenderá como su desistimiento voluntario a la práctica del examen médico de egreso, quedando la empresa exenta de responsabilidad frente a este requisito.

Firma:

KERLIN. NITOLA

Nombre Trabajador

KERLIN NITOLA TIRIA

CC: 74382218

DIRECCION: CL 109 14B -60 OF 204 BR CHICO NORTE, BOGOTÁ
E-MAIL: consorciopebji@gmail.com
TELEFONO: 3102778858
Bogotá, Distrito Capital

Anexo 5. Inducciones

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°:	FT-SST-002
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Página 1 de 3	

Nombre:	Jairo David Vargas.	**Cedula:**	1049607096
Fecha:	13/02/26	**Cargo:**	Soldador.
EMPRESA:	Simoc construcciones S.A.S.		

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
1. ¿Qué es un riesgo? a. Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. b. No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	1
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? a. Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda:

EPS	Accidente de trabajo/enfermedad laboral
Condición insegura	Invalidez, vejez, muerte
ARL	Lo realiza un trabajador de manera insegura
AFP	Enfermedad general, maternidad
Acto Inseguro	Situación que se presenta en el lugar de trabajo

1

4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar:

a. Al siguiente día
b. Inmediatamente
c. Cuando me acuerde
d. Días después porque me surgió un dolor
e. A la semana siguiente

1

5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo?

a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa.
b. Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte.
c. Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral.
d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.

1

6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo?

a. Riesgo financiero, social y ambiental.
b. Riesgo emocional, climático y educativo.

c. Riesgo legal, familiar y estructural. (d.) Riesgo físico, biológico y psicosocial.	1
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA (c.) ARL SURA d. No sabe/ No responde	
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? (a.) Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y bata blanca.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	100.

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	JEFFRO DAVID. VARGAS

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7:	FORMATO N°:	FT-SST-001
		SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST		Fecha:	sep-25
		Versión:	1
		Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 13/02/26 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Jairo David Vargas Olarte CEDULA: 1094607016

AREA/SECCION: Obra CARGO: Soldador

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Angie Galvis

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

JAIRO DAVID VARGAS

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°:	FT-SST-002
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha: 01/09/2025 Versión: 1 Página 1 de 3	

Nombre: Luis David Vallejo Bohorquez	**Cedula:** 1007542612
Fecha: 13/02/26	**Cargo:** Auxiliar
EMPRESA: Simoc Construcciones S.A.S.	

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
1. ¿Qué es un riesgo? (a) Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. b. No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	1
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? (a) Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda:

EPS	Accidente de trabajo/enfermedad laboral
Condición insegura	Invalidez, vejez, muerte
ARL	Lo realiza un trabajador de manera insegura
AFP	Enfermedad general, maternidad
Acto Inseguro	Situación que se presenta en el lugar de trabajo

1

4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar:

a. Al siguiente día
b. Inmediatamente
c. Cuando me acuerde
d. Días después porque me surgió un dolor
e. A la semana siguiente

1

5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo?

a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa.
b. Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte.
c. Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral.
d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.

1

6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo?

a. Riesgo financiero, social y ambiental.
b. Riesgo emocional, climático y educativo.

c. Riesgo legal, familiar y estructural. d. Riesgo físico, biológico y psicosocial.	1
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA c. ARL SURA d. No sabe/ No responde	1
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? a. Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y bata blanca.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	100
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Luis david Vallejo

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7:	FORMATO N°:	FT-SST-001
	SG-SST		
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	sep-25	
	Versión:	1	
	Pagina 1 de 1		

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 13/02/26 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Luis David Vallejo Bohorquez CEDULA: 1007542612

AREA/SECCION: OBra CARGO: Auxiliar

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Angie Galvis

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

Luis David Vallejo
Firma del Trabajador
C.C. 1007542672

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°:	FT-SST-002
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Página 1 de 3	

Nombre: Juan David Gonzalez	**Cedula:** 1049625635
Fecha: 13/02/26.	**Cargo:** Soldador
EMPRESA: Simoc Construcciones S.A.S.	

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
1. ¿Qué es un riesgo? (a.) Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. b. No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	1
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? (a) Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda:

EPS	Accidente de trabajo/enfermedad laboral
Condición insegura	Invalidez, vejez, muerte
ARL	Lo realiza un trabajador de manera insegura
AFP	Enfermedad general, maternidad
Acto Inseguro	Situación que se presenta en el lugar de trabajo

1

4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar:

a. Al siguiente día
b. Inmediatamente
c. Cuando me acuerde
d. Días después porque me surgió un dolor
e. A la semana siguiente

1

5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo?

a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa.
b. Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte.
c. Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral.
d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.

1

6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo?

a. Riesgo financiero, social y ambiental.
b. Riesgo emocional, climático y educativo.

c. Riesgo legal, familiar y estructural. d. Riesgo físico, biológico y psicosocial.	X
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA c. ARL SURA d. No sabe/ No responde	1
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? a. Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y bata blanca.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	90.

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	Juan David. G.

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7:	FORMATO N°:	FT-SST-001
		SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST		Fecha:	sep-25
		Versión:	1
		Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 13/02/26 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Juan David Gonzalez Gonzalez CEDULA: 1049625635

AREA/SECCION: Obra CARGO: Soldador

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Argie Galvis

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

Juan David G.
Firma del Trabajador
C.C.

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°:	FT-SST-002
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Página 1 de 3	

Nombre: Oscar Eiban Castro Ovicdo	**Cedula:** 1057575706
Fecha: 13/02/26	**Cargo:** Soldador y Armador
EMPRESA: Simac Construcciones SAS.	

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

TEMAS A EVALUAR	CALIFICACIÓN
1. ¿Qué es un riesgo? a. Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. b. No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	1
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? a. Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda:

EPS	Accidente de trabajo/enfermedad laboral
Condición insegura	Invalidez, vejez, muerte
ARL	Lo realiza un trabajador de manera insegura
AFP	Enfermedad general, maternidad
Acto Inseguro	Situación que se presenta en el lugar de trabajo

1

4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar:

a. Al siguiente día
b. Inmediatamente
c. Cuando me acuerde
d. Días después porque me surgió un dolor
e. A la semana siguiente

1

5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo?

a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa.
b. Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte.
c. Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral.
d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.

1

6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo?

a. Riesgo financiero, social y ambiental.
b. Riesgo emocional, climático y educativo.

c. Riesgo legal, familiar y estructural. d. Riesgo físico, biológico y psicosocial.	1
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA c. ARL SURA d. No sabe/ No responde	1
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? a. Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y bata blanca.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	100

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7:	FORMATO N°:	FT-SST-001
		SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST		Fecha:	sep-25
		Versión:	1
		Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 13/02/26 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Oscar Esban Castro Oviedo CEDULA: 1053853706

AREA/SECCION: Obra CARGO: Soldador y Armador

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Angie Galvis

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PRB -- JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATO N°: FT-SST-001	
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST		Fecha: sep-25
		Versión: 1
		Pagina 1 de 1

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 02-03-2026 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Yeison Arley Gomez Alvarado CEDULA:

AREA/SECCION: Puente la blanco CARGO: Profesional SST

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Angie Galvis -

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-002	
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha: 01/09/2025 Versión: 1 Página 1 de 3	

Nombre: Yeison Arley Gomez Alvarado	**Cedula:** 1053584806
Fecha: 02-03-2026	**Cargo:** Profesional SST
EMPRESA: Consorcio Peb-ji	

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**
TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
1. ¿Qué es un riesgo? @ Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. b. No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	1
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? @ Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda: EPS → Accidente de trabajo/enfermedad laboral Condición insegura → Invalidez, vejez, muerte ARL → Lo realiza un trabajador de manera insegura AFP → Enfermedad general, maternidad Acto Inseguro → Situación que se presenta en el lugar de trabajo	1
4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Al siguiente día (b) Inmediatamente c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1
5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo? a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa. (b) Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte. c. Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral. d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.	1
6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo? a. Riesgo financiero, social y ambiental. b. Riesgo emocional, climático y educativo.	1

c. Riesgo legal, familiar y estructural. (d) Riesgo físico, biológico y psicosocial.	
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA (c) ARL SURA d. No sabe/ No responde	1
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? (a) Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y ~~bata blanca~~.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	100

Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados

FIRMA DEL TRABAJADOR:	

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7:	FORMATO N°:	FT-SST-001
	SG-SST		
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST		Fecha:	sep 25
		Versión:	1
		Página 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 19-02-2026 INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ]

NOMBRE: Juan Carlos Bohorquez Colmenares CEDULA:

AREA/SECCION: Puente Spring CARGO: oficial de obra

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Angie Galvis

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a la Union Temporal , las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

* Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
* Conceptos bàsicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
* Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
* Entrega y explicación de las ESTANDARES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de la empresa.
* Divulgación factores de riesgo al interior de la empresa.

BIOLÓGICO	FÍSICO	QUÍMICO
PSICOSOCIAL	BIOMECÁNICOS	CONDICIONES DE SEGURIDAD
FENOMEROS NATURALES		

* Roles y responsabilidades del SGSST
* Funciones del cargo
* Politicas de seguridad y salud en el trabajo
* Arl, eps y fondo de pensiones
* Normatividad del SG-SST

Yo como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Duración de la inducción: 1:00 HORA

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

Juan Carlos Bohorquez

Firma del Trabajador
C.C. 1002262648

Responsable del SG-SST
C.C. 1.093.780.984

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-002	
	☑ SG-SST	
FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST	Fecha: 01/09/2025	
	Versión: 1	
	Página 1 de 3	

Nombre: Juan Carlos Bohorquez Colmenares	**Cedula:** 1002262648
Fecha: 19-02-2026	**Cargo:** Oficial de obra
EMPRESA: Consorcio peb-ji	

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**
TEMAS A EVALUAR	**CALIFICACIÓN**
1. ¿Qué es un riesgo? a. Es toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral. (b) No realizarse examen de ingreso. c. Una enfermedad adquirida por exposición a mi trabajo d. Es el daño que sufre las maquinas o equipos	0
2. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a tres responsabilidades que deben cumplir los trabajadores dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)? (a) Asistir a las capacitaciones en seguridad y salud, reportar condiciones peligrosas y cumplir con las normas del SG-SST. b. Diseñar el plan anual del SG-SST, hacer seguimiento a indicadores y evaluar proveedores. c. Coordinar la ejecución del presupuesto del SG-SST, establecer la política de seguridad y realizar auditorías internas. d. Aprobar el plan de trabajo anual, emitir sanciones disciplinarias y liderar el comité paritario.	1

3. Entrelace con una raya según corresponda: EPS — Accidente de trabajo/enfermedad laboral Condición insegura — Invalidez, vejez, muerte ARL — Lo realiza un trabajador de manera insegura AFP — Enfermedad general, maternidad Acto Inseguro — Situación que se presenta en el lugar de trabajo	1
4. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Al siguiente día (b) Inmediatamente c. Cuando me acuerde d. Días después porque me surgió un dolor e. A la semana siguiente	1
5. ¿Cuál de las siguientes opciones define correctamente qué es un accidente de trabajo? a. Es toda lesión o enfermedad que ocurre fuera del horario laboral, sin importar su causa. b. Es todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce una lesión orgánica, perturbación funcional o la muerte. (c.) Es cualquier molestia física que se presenta de forma espontánea, sin relación con el entorno laboral. d. Es un incidente menor que no requiere atención médica ni genera consecuencias para el trabajador.	0
6. ¿Cuál de las siguientes opciones menciona tres riesgos comunes a los que puede estar expuesto un trabajador en su área de trabajo? a. Riesgo financiero, social y ambiental. b. Riesgo emocional, climático y educativo.	1

c. Riesgo legal, familiar y estructural. d. Riesgo físico, biológico y psicosocial.	
7. A cuál de las siguientes ARL, se encuentra afiliado a. ARL POSITIVA b. ARL AXA COLPATRIA c. ARL SURA d. No sabe/ No responde	1
8. ¿Cuáles de los siguientes son elementos de protección personal (EPP) que debe utilizar en obra? a. Casco, guantes, lentes y botas de seguridad b. Gafas de sol, sombrilla, reloj y chaqueta informal. c. Computador portátil, celular, esfero y libreta de apuntes. d. Mascarilla quirúrgica, estetoscopio y bata blanca.	1
TOTAL CALIFICACIÓN:	6
Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados	
FIRMA DEL TRABAJADOR:	Juan Carlos Bohorquez

Anexo 6.
Entrega de dotación

CONSORCIO PEB – JI

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
NIVEL 7:	FORMATOS N°:	FT-SST-007
SG-SST		

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	Fecha: 01/09/2025
	Versión: 1
	Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Jairo David Vargas Olarte C.C. 1049607096

Cargo: Soldador. Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	13/02/26	PANTALON		2	
2	13/02/26	CAMISA MANGA LARGA		2	
3	13/02/26	BOTAS PUNTA DE ACERO		1	
4	13/02/26	CASCO DE SEGURIDAD		1	
5	13/02/26	GUANTES		1	
6	13/02/26	GAFAS		1	
7	13/02/26	TAPA OIDOS		1	

FIRMAS

ENTREGA

CONSORCIO PEB – JI

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
NIVEL 7:	FORMATOS N°:	FT-SST-007
SG-SST		

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	Fecha: 01/09/2025
	Versión: 1
	Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Oscar Ivan Castro Oviedo C.C. 1057575706

Cargo: Soldador y Armado Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	3/02/26	PANTALON		2	
2		CAMISA MANGA LARGA		2	
3		BOTAS PUNTA DE ACERO		1	
4		CASCO DE SEGURIDAD		1	
5		GUANTES		1	
6		GAFAS		1	
7		TAPA OIDOS		1	

FIRMAS

ENTREGA

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-007	
	SG-SST	
FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO		Fecha: 01/09/2025 Versión: 1 Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Juan David Gonzalez Gonzalez C.C. 1049625635

Cargo: Soldador Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	13/02/26	PANTALON		2	
2	13/02/26	CAMISA MANGA LARGA		2	
3	13/02/26	BOTAS PUNTA DE ACERO		1	
4	13/02/26	CASCO DE SEGURIDAD		1	
5	13/02/26	GUANTES		1	
6	13/02/26	GAFAS		1	Juan David G.
7	13/02/26	TAPA OIDOS		1	

FIRMAS

ENTREGA

CONSORCIO PEB – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-007	
	SG-SST	
FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO		Fecha: 01/09/2025
		Versión: 1
		Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Luis David Vallejo Bohorquez C.C. 1007542612

Cargo: Auxiliar Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1		PANTALON		2	Luis David Vallejo
2		CAMISA MANGA LARGA		2	Luis David Vallejo
3		BOTAS PUNTA DE ACERO		1	Luis David Vallejo
4		CASCO DE SEGURIDAD		1	Luis David Vallejo
5	13/02/26	GUANTES		1	Luis David Vallejo
6		GAFAS		1	Luis David Vallejo
7		TAPA OIDOS		1	Luis David Vallejo

FIRMAS

ENTREGA

CONSORCIO PEB – JI

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
NIVEL 7:	FORMATOS N°:	FT-SST-007
SG-SST		

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	Fecha: 01/09/2025
	Versión: 1
	Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Juan carlos Bohorquez Colmenares C.C. 1002262648

Cargo: oficial obra Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	20/02/2026	PANTALON		2	
2	20/2/2026	CAMISA		2	
3	20/02/2026	Bbotas punta de acero		1	
4	20/02/2026	CASCO DE SEGURIDAD		1	
5	20/02/2026	GUANTES		1	
6	20/02/2026	GAFAS		1	
7	20/02/2026.	TAPA OIDOS		1	Juan Carlos Bohorquez

FIRMAS

ENTREGA

CONSORCIO PEB – JI

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
NIVEL 7:	FORMATOS N°:	FT-SST-007
	SG-SST	

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	Fecha: 01/09/2025
	Versión: 1
	Pagina 1 de 1

Me comprometo a: 1.-Utilizar adecuadamente la dotación y elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. 2.-A realizar la respectiva devolución en buen estado, salvo por deterioro natural de los elementos y equipos entregados al momento de traslado, o retiro definitivo de la entidad.

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: Yeison Arley Gomez Alvarado C.C. 1053584806

Cargo: Apoyo SST Proceso: OPERATIVO

DOTACIÓN PERSONAL Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	FECHA RECIBIDO	DOTACION O EPP ENTREGADOS	TALLA	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
1	02/03/26	PANTALON		2	
2	02/03/26	CAMISA MANGA LARGA		2	
3	02/03/26	BOTAS PUNTA DE ACERO		1	
4	02/03/26	CASCO DE SEGURIDAD		1	
5	02/03/26	GUANTES		1	
6	02/03/26	GAFAS		1	
7	02/03/26	TAPA OIDOS		1	

FIRMAS

ENTREGA

Anexo 7.
Capacitaciones SST

CONSORCIO PEB – J1	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 01/09/2025	
	Versión: 1	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Santa Sofia	Puente Guatapuri	10	03	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Herramientas Manuales
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Elder Armando Moreno Ostos	1002328923	OFICIAL	
2	Ronald Andres Roberto C	1062340088	Ayudante	Ronald R
3	Jhonatan Stiven Roberto C.	1049651783	Ayudante	Jhonatan Stiven
4	Victor R Barboa.	7424235	Control Vial	Victor R
5	Zoila Rosa Coredor Castillo	1054090620	Controlador Vial	Zoila Coredor
6	Jose Armando Moreno Roya	7180057	Maestro	
7	Emerson Fabian Combo P	1005574142	Ayudante O	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PER – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
TUNJA	OBRA Planta la Pradera.	03	03	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Herramientas manuales
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jose Miguel Mesa Rios	9271667	Ayudante	
2	Hans Erazo Ramirez	1053003977	Oficial M.	
3	Andres Acero Monroy	1119892192	Residente	
4	Abel Ramon Vanegas	9022521	Ayudante	Abel
5	Jhony Alejandro Becerra Fllera	1.091.675.249	Residente de obra.	Jhony Becerra.
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Calvis

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PEB – J1	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 01/09/2025	
	Versión: 1	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Chita	Planta la Blanca	20	02	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Seguridad Personal.
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1				
2	Juan David Ochoa Cuevas	1193537017	Ayudante	Juan Ochoa
3	Jhon Freddy Gomez	1075667907	Ayudante	Jhon
4	VLADIMIR CRUZ PLAZA K	74377614.	MAESTRO	Vlad
5	Alcides salamanca B	80 544 376	Ayudante	Alcides Salamanca
6	Juan Pablo Sandoval Herrera	1093771786	Residente	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PER – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008	
	SG-SST		
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA		Fecha:	01/09/2025
		Versión:	1
		Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Santa	Puente Pinzon S	20	02	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Induccion		Seguridad personal
Reinduccion		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Jose Miguel Palencia Daniels	7044 33534	Oficial	
2	Salvador Bustos Cordueles	7977 3913	Ayudante	Salvador
3	Juan David Pedraza Velez	1027 339760	Ayudante	
4	Henry Tocarruncho E	4080896	Maestro	
5	Leonardo Tocarruncho	1051 271859	Residente	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PER – JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Santa Sofia	Puente Guataqui	18	02	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Seguridad personal
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Victor Vicente Ruiz Garbay	74241235	Controlador	
2	Jhonatan Alexander Roberto Colmenares	1049657183	Ayudante	
3	Ronald Andres Roberto C	1002340088	Ayudante	
4	Zoila Rosa Corredor Castillo	1054090620	Controlador Vial	
5	Elder Armando Moreno O.	1002328923	Oficial	
6	Emerson Fabian Camilo P	1005041142	Bombero O	
7	Jose Armando Moreno Rojas	7180057	Maestro	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PER - JI	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 01/09/2025	
	Versión: 1	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Duitama	Puente Pueblito Boyacense	12	02	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Seguridad personal
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Hans Horazo	1053003977	Maestro	Hans Horazo
2	Abel Ramon Vanegas	90 22521	Ayudante	Abel
3	Jose Miguel Nieto	9271661	Ayudante	Jose Nieto
4	Luis Becerra	7276779	operador	
5	Jhony Alejandro Becerra Illera	1.091.675.749	Residente de obra	Jhony Becerra.
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO TEB - 31	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 01/09/2025	
	Versión: 1	
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
Bogotá	Parte la Tulosa	16	02	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Seguidad personal
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	✓	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Carlos Medina	74257[illegible]	Ayudante	
2	Lorenzo Moncada	4788775	oficial	lo IMD
3	Juan Carlos B. C.	1002262648	Oficial	Juan C.
4	Juana Paez	1049888994	Contratadora	Juana Paez
5	Martha Isabel Guerrero	1007890353	controladora	MARTHA
6	Karla Milena Ruiz	74382218	Ayudante	
7	Alvaro Arevalo Saravia	1093799105	Ing Residente Interventor	
8	Teodula Puentes	74326313	Maestro	
9	carlos gaviria	4768678	maestro	
10	GIOVANNI AZARCO	13.492455	Director	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Galvis

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO PER – J1	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	NIVEL 7: FORMATOS:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Fecha:	01/09/2025
	Versión:	1
	Pagina 1 de 1	

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
TUNJA – Bonanista Bypass	OBRA Puente	05	03	26

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Herramientas Manuales
Reinducción		
Charla de seguridad		
Capacitacion SST	X	

No	Nombre del Trabajador	Cèdula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Hans Grazo Ramirez	1053003927	Oficial M.	Hans Grazo
2	Jose Miguel Nieto Rios	9271661	Ayudante	Jose Miguel Nieto Rios
3	Andres Dan Mony	1119892192	Residente	
4	Jhony Alejandro Becerra	1091.675 249	Residente obra	Jhony Becerra
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Observaciones:

Persona responsable de la actividad

Nombre: Angie Cortes

Firma

Powered by CamScanner

Anexo 8.
Soporte Maquinaria

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141208013252

(415)7707212489984(8020) 000014120801325 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 5 6 7 0 0 1 8	7	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 5 6 7 0 0 1 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Santa Sofía 6 9 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FAJARDO	GAMBOA	EDGAR	MANUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
TIENDA SANTA SOFIA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Santa Sofía 6 9 6

41. Dirección principal: CR 3 6 10

42. Correo electrónico: valentinapardopalacios@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 2 6 4 7 7 5	3 1 0 7 6 9 6 5 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 9 2 3	2 0 2 2 0 8 0 2	7 7 3 0	2 0 2 4 0 1 0 1		4 6 6 4	4 7 2 9	1 3 1 4	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FAJARDO GAMBOA EDGAR MANUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

155

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141208013252

(415)7707212489984(8020) **000014120801325 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 5 6 7 0 0 1 8	7	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 6 0 1 1 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 8 2 2 4 5	
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	3 8	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

156

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141208013252

(415)7707212489984(8020) **000014120801325 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido co 4 7 1 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA SANTA SOFIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Santa Sofía 6 9 6

165. Dirección: CR 3 6 10

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 8 2 2 4 6	2 0 0 6 0 1 1 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 4 6 9 6 5 7 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

REGIONAL CUNDINAMARCA

EL CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL

CERTIFICA

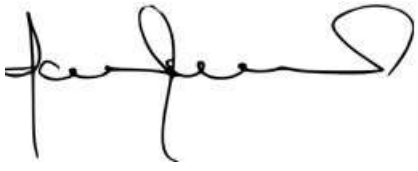
Que JOSE ABINAEL LOPEZ CHIVATA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1051240157 de Cucaita, realizó y aprobó el curso de OPERADOR EN EXCAVADORA con una intensidad horaria de Ciento Cuarenta (140) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Paratebueno. a los veintiun (21) dias del mes de octubre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



MANUEL ALBERTO REINA PULIDO
Subdirector (E) CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

SENA: Una Organización con Conocimiento

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 9510002630334CC1051240157E.

COMPROBANTE DE PAGO PSE

CONFIRMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN	
NIT	860511071-6
Razón Social	Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores
Valor total	$ 37800
Fecha transacción (dd/mm/aaaa)	20/04/2026 10:24:08
Estado de la transacción	APROBADA
Banco	BANCO DAVIVIENDA
No. transacción/CUS	239255707
Referencia de pago	070040014025723
Cliente	ANGIE VIVIANA
Descripción	RECAUDO PSE APOSTILLA
Referencia 1	10.2.0.3
NumeroSolicitud	526420231520211

Recuerde que su pago es exitoso cuando el estado de la transacción aparece APROBADO. Si el estado de su transacción es PENDIENTE consulte nuevamente en 15 minutos el estado de su pago. Puede consultar el estado de su pago en http://tramites.cancilleria.gov.co/ApostillaLegalizacion/consulta/tramite.aspx.
Si presenta inconvenientes con la confirmación de su pago comuníquese al conmutador (57-1) 3814000 o registre su solicitud en el siguiente enlace https://tramites.cancilleria.gov.co/ciudadano/pqr/BuzonVirtual.aspx

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Resolución de facturación aprobado por la DIAN No: 18764079790701
Vigencia: Del 2024-09-18 al 2026-09-18 por 24 meses
Rango Autorizado: Desde el FP - 1000001 Hasta el FP - 1700000

CUFE: 4f9241d644e3a5ca6860a416fe5b43bac832968ae673bd076282a762db6941ddeddb6fba8cb7c8a7aec766f28b4ac267

Datos del Documento		Factura No: FP1450007	
Fecha de Generación	2026-03-25 13:15:05-05:00	**Fecha de Expedición**	2026-03-25 13:15:07
Fecha de Vencimiento	2026-04-23	**Prefijo**	FP
Tipo de Negociación	Crédito	**Medio de Pago**	Instrumento no definido
Tipo de Operación	Estandar	**Orden de compra**	1-520-1013135-0

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 860037707	Razón Social:	SBS SEGUROS Colombia S.A.
Nombre Comercial	SBS SEGUROS Colombia S.A.	**Dirección**	Avenida Cra 9 No 101 67 piso 6 y 7
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	**Departamento**	BOGOTA
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	**Correo**	soportefacturacionelectronica@sbseguros.co
Act. Económica Principal	6511;6513	**Municipio**	BOGOTA
Tipo Responsabilidad	R-99-PN	**Teléfono**	3138700

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 1055670018	Razón Social:	FAJARDO GAMBOA EDGAR MANUEL
Tipo de Documento	Cédula de ciudadanía	**Dirección**	CR 3 6 10 0 1 CR 3 6 10 0
Número Documento	1055670018	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Nombre Comercial	FAJARDO GAMBOA EDGAR MANUEL	**Municipio**	TOCANCIPÁ
Tipo de Contribuyente	Persona Natural	**Correo**	PEDROMERCHANZ@HOTMAIL.COM;representante.legal@promotec.com.co
Tipo de Responsabilidad		**Teléfono**	3102665026

Código	Descripción	Cantidad	P/U	Descuento	IVA %	IVA Valor	ICA	INC	Subtotal
84130000	Servicios de seguros	1.00	2,163,920.00	0.00	19	411,144.80	0	0.00	2,163,920.00

Información Adicional

Prima MO	**2.163.920.00**	**Moneda de emision poliza**	**COP**
Valor TRM	**1.00**	**Fecha TRM**	**2026-03-24 00:00:00**
Código Intermediario Seguros	203535	Nombre Intermediario Seguros	PROMOTEC LTDA AGENCIA DE SEGUROS
NIT	8600503901	Tipo Documento Intermediario	31
Email Intermediario	representante.legal@promotec.c;representante.legal@promotec.com.co	Compañia Lider Coaseguro	
Compañias Coaseguro y Porcentaje Participacion (Solo si aplica)		Poliza endoso Ref	1-520-1013135-0

Resumen Contable

MONEDA:	COP
SUB TOTAL:	2,163,920.00
SUB TOTAL IVA 19%:	2,163,920.00
IVA 19%:	411,144.80
VALOR TOTAL:	2,575,064.80

Valor en letras: Dos millones quinientos setenta y cinco mil sesenta y cuatro PESOS con ocho centavos

Pago de la poliza Recuerde que para realizar el pago de su poliza puede continuar haciendolo a traves de los diferentes canales que tiene dispuestos la Compañia para su comodidad

PCI Estatal: null

Texto Adicional



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1055670018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR MANUEL FAJARDO GAMBOA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA SOFIA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 N 6 10	TELÉFONO:	7451010
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por menor en
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4645973786**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	19				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996190208		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	2	$ 567.300
		SUBTOTAL:	2	**$ 567.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 71.000
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 71.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 142.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8918002138	CCF10	CCF10-COMFABOY	2	$ 142.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 142.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	2	$ 246.800
		SUBTOTAL:	2	**$ 246.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.084.600**
VALOR MORA:	**$ 13.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.098.100**

Colombiana de Comercio S.A.
N.I.T.890900943-1
Cra 45 Auto Norte No. 242-10
3615828 - BOGOTA

C 1055670016
Senor(es) EDGAR MANUEL FAJARDO GAMBOA
Direccion : KR 3# 6-10
Telefono : 3124264775
EMail : manuelfajardogamboa@hotmail.com
Barrio : Santa Sofia
Ciudad : Santa Sofia(Boyaca)
Cajero : 80175576 ANDRES ALBERTO CLAVIJO FLOREZ
Local : 80 Caja : 15
Tiquete Sistema P.O.S. No.: 6199
Forma de pago : CREDITO
Medio de pago : TRANSFERENCIA CREDITO
Vendedor : 38070029 Edgar Javier Lopez Arias
Observacion:
CONTADO50398000;CREDITO217592000;COMPRAPRIMER AVEZ;LEBOGOTA

Factura Electronica de Venta: X4632500700

Fecha Factura : 2026/02/28 08:45

CUFE e8a44bb014220baba782d85011fad38bdc925c594841948 2a09cc7746dd5a94ca509558ede175c7719d65ec1091f4cb8

REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA ELECTRONICA

Codigo	Descripcion del Articulo	I.V.A.	Ipoc.	Unidades	Valor Unitario	Valor Total
1 | 7700149482004	Excavadora FR80F MOD26	19		1.0	269.990.000	269.990.000
	Descuento 0,74 β					2.000.000-
	Chasis : FTC003RLLTX000956					
	Clase : EXCAVADORA					
	Marca : LOVOL					
	Potencia : 37					
	Cilindros : 4					
	No. Cambios : 2					
	Caja Cam. :					
	No. Puertas : 1					
	Motor : H125J013586					
	Linea : FR80F					
	Pintura : AMARILLO					
	Ano de modelo : 2026					
	Cilindrada : 3168					
	Ano de fabricacion : 2025					
	Tipo de servicio : Particular					
	Cantidad de pasajeros : 1					
	Serial : FTC003RLLTX000956					
Total lineas factura : 1						

TOTALES	Subtotal	Subtotal	I.V.A	Ipoconsumo Territorial	Impuesto a la bolsa	TOTAL A PAGAR
	0	225.201.681	42.788.319	0	0	267.990.000

Forma de Pago	Banco	No.Cheque	Fec-Che	Tipo Visado	Aprobac	Valor
CREDITO.						267.990.000

Tarifa Iva	Vr-Base	Vr-Iva	Tarifa Iva	Vr-Base	Vr-Iva	Tarifa Iva	Vr-Base	Vr-Iva	Tarifa Iva	Vr-Base	Vr-Iva
19	225.201.681	42.788.319									

Tarifa Ipo	Vr-Base	Ipoconsumo Nacional	Tarifa Ipo	Vr-Base	Ipoconsumo Nacional	Tarifa Ipo	Vr-Base	Ipoconsumo Nacional	Tarifa Ipo	Vr-Base	Ipoconsumo Nacional

Corresponde a CREDITO FINC

Responsable I.V.A. - Somos Grandes Contribuyentes - Resoluc. 000200 Dic. 27 de 2024. RETENEDORES DE IVA. Autorretenedores de Renta Res.No. 0008327 Ago. 24 2.010. - . Numeracion Autorizada y/o Habilitada por la DIAN Prefijo: X463 del No. 2500001 al 4000000 Numero de Formulario 18764078188112 del 2024/08/28 al 2026/08/28. En caso de mora se cobraran intereses a la tasa maxima legal permitida - Todo Cheque devuelto tiene el 20% de sancion del valor girado Art. 731 del codigo de Comercio.

Politica de PQR: En caso de presentar inconformidad, el consumidor tiene derecho a interponer peticion, queja, o reclamo (PQR) a traves de los siguientes canales de comunicacion: concesionarios y/o talleres, en la linea nacional 018000518822, en Bogota al telefono 6760282 Ext. 134, en el correo electronico servicioalcliente.corautos@corbeta.com.co o en las paginas Web www.corautosandino.com, www.foton.com.co www.vwcorautosandino.com, para dar tramite y ser resuelta en el termino de 15 dias habiles. La recepcion se realiza a traves de los canales descritos, su gestion con el area que corresponde y finaliza con la solucion de su requerimiento. La presentacion de PQR no tiene que ser personal ni requiere de intervencion de abogado. La normatividad aplicable en materia de garantia es aquella contenida, en especial, en el numeral 1.2.2.3.2 del Capitulo I Primero del Titulo II de la Circular Ãnica expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio y arts. 7 al 17 de la Ley 1480 de 2011, o las disposiciones que las modifiquen o adicionen. Favor Consignar en la Cuenta Corriente Bancolombia #00523967769 a nombre de CORBETA S.A.

Software de facturacion electronica: F&M eBill, fabricado por FYM TECHNOLOGY S.A.S, Nit 900306823-4 Proveedor tecnologico: FYM TECHNOLOGY S.A.S

RECIBI FACTURA C.C.: FECHA: ACEPTO FACTURA C.C.: FECHA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.051.240.157
LOPEZ CHIVATA
APELLIDOS
JOSE ABINAEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1987

CUCAITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

28-MAR-2005 CUCAITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

INDICE DERECHO

P-0706000-33139364-M-1051240157-20050725 02498 05206A 02 125627401

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 157538

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MI762493	LOVOL	FR80F	2026

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
INDUSTRIAL	EXCAVADORA	FTC003RLLTX000956

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	H125J013586	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7300 Kg	2565 mm	2260 mm	6175 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
FAJARDO GAMBOA EDGAR MANUEL	C.C. 1055670018

LOCATARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

PRENDA - FINANZAUTO S.A. BIC

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
20/03/2026	24/03/2026	******
ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	352026000058084	22/01/2026



COSMOCOLOR COLOMBIA-TM-25

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000063779

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.055.670.018



Apellidos
FAJARDO GAMBOA

Nombres
EDGAR MANUEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.82

Sexo
M

Fecha de nacimiento
09 MAR 1986

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SANTA SOFIA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
30 MAR 2004, SANTA SOFIA

Fecha de expiración
29 JUL 2035

Firma

Edgar Manuel Fajardo G.

.CO

0681059724

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0681059724072560<<<<<<<<<<<<<<<
8603094M3507290COL1055670018<3
FAJARDO<GAMBOA<<EDGAR<MANUEL<<

CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 06/04/2026 - 16:12:58
Recibo No. S001133730, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 12qEEZUsEs

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=38 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Nombres y apellidos : EDGAR MANUEL FAJARDO GAMBOA
Identificación : CC. - 1055670018
Nit : 1055670018-7
Domicilio: Santa Sofía, Boyacá

MATRÍCULA

Matrícula No: 82245
Fecha de matrícula: 16 de enero de 2006
Ultimo año renovado: 2026
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2026
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CARRERA 3 6 14
Barrio : CENTRO
Municipio : Santa Sofía, Boyacá
Correo electrónico : manuelfajardogamboa@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 3124264775
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 3 6 14
Barrio : CENTRO
Municipio : Santa Sofía, Boyacá
Correo electrónico de notificación : manuelfajardogamboa@hotmail.com

La persona natural **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: G4711
Actividad secundaria Código CIIU: I5514
Otras actividades Código CIIU: H4923 A0161

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único

168

Empresarial y Social -RUES- : Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas o tabaco,alojamiento rural, transporte de carga por carretera, actividades de apoyo a la agricultura

INFORMACION FINANCIERA

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

Estado de la situación financiera:
Activo corriente: $3.220.000,00
Activo no corriente: $0,00
Activo total: $3.220.000,00
Pasivo corriente: $0,00
Pasivo no corriente: $0,00
Pasivo total: $0,00
Patrimonio neto: $3.220.000,00
Pasivo más patrimonio: $3.220.000,00

Estado de resultados:
Ingresos actividad ordinaria: $321.000.000,00
Otros ingresos: $0,00
Costo de ventas: $0,00
Gastos operacionales: $0,00
Otros gastos: $0,00
Gastos por impuestos: $0,00
Utilidad operacional: $0,00
Resultado del periodo: $0,00

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona natural, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: TIENDA SANTA SOFIA
Matrícula No.: 82246
Fecha de Matrícula: 16 de enero de 2006
Último año renovado: 2026
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : 500 METROS VIA SANTA SOFIA - MONIQUIRA
Barrio : CENTRO
Municipio: Santa Sofía, Boyacá

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA NATURAL TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

HABILITACIÓN(ES) ESPECIAL(ES)

La persona natural no ha inscrito el acto administrativo que lo habilita para prestar el servicio público de transporte automotor en la modalidad de carga.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $321.000.000,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : G4711.

CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 06/04/2026 - 16:12:58
Recibo No. S001133730, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 12qEEZUsEs

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=38 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

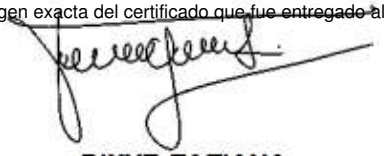
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE TUNJA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



DIXYE TATIANA
GUZMAN SANABRIA

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

171

Anexo 9. Inspecciones

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón :
Puente espina	20-02-2026

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
Caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodopovidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
2	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1
		1/09/2025

Fecha de inspeccion	20-02/2026	Ubicación	Puente ospina
inpeccion Realizada:	Angie Galis	hora	2 pm

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	X	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	X	
¿La camillase encuentra señalizada ?	X	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	X	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	X	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	X	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	X	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	X	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	X	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	X	

OBSERVACIONES:

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	20-02-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACIÓN	puente aspinq	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	Angie galvis
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	√			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	√			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	√			
4	El extintor se encuentra señalizado?	√			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	√			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	√			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	√			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	√			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	√			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	√			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	√			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	√			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	√			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	√			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	√			
16	Hay componentes en mal estado?	√			
17	El extintor indica que tipo es?	√			
18	El extintor indica la forma de uso?	√			
19	Tiene manija de transporte?	√			
20	Tiene pin de seguridad?	√			
21	Tiene manguera o boquilla?	√			
NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica					

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
	Pagina 1 de 2	

Fecha de inspección: 20-02-2026	Hora: 3 PM	Area / Unidad operativa:	Puente	Localidad:	aspina
Inspección realizada por: Angie galvis		Nombre responsable unidad:			
Dirección: Puente aspina		Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	ORDEN Y ASEO				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	SANEAMIENTO BASICO				

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)	✓			
	Nevera. (Si aplica)	✓			
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
	CONSORCIO PEN-JI	VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	20-02-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.	✓		
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.		✓	
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón : 27-02-2026
Puente Quigua	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodoppvidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
1	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1
		1/09/2025

Fecha de inspeccion	27-02-2026	Ubicación	Puente Quigua
inpeccion Realizada:	Angie galvis	hora	

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	X	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	X	
¿La camillase encuentra señalizada ?	X	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	X	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	X	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	X	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	X	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	X	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	X	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	X	

OBSERVACIONES:

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	27-02-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACION	Puente Quigua	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	Multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	Angie Galvis
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA		Fecha: JULIO 01/2025 Versión: 001 Pagina 1 de 2

Fecha de inspección: 27-02-2026	Hora: 3 Pm	Area / Unidad operativa:	Puente	Localidad:	Quigua
Inspección realizada por: Angie Galvis		Nombre responsable unidad:			
Dirección:		Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutes de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	ORDEN Y ASEO	✓			
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias quimicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
	CONSORCIO PEN-JI	VERSIÓN: 1 FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	27-02-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.		✓	
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.	✓		
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón : 03-03-2026
Puente la balza	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION: Angie Galvis

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodoppvidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
2	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1 1/09/2025

Fecha de inspeccion	03-09-2026	Ubicación	puente la balsa
inpeccion Realizada:	Angie galus	hora	4pm

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	X	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	X	
¿La camillase encuentra señalizada ?	X	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	X	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	X	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	X	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	X	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	X	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	X	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	X	

OBSERVACIONES:

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	03-09-2026	FECHA DE RECARGA 2025	2025
UBICACIÓN	Puente Quigua bajo	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	Angie Galvis
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA		Fecha: JULIO 01/2025 Versión: 001 Pagina 1 de 2

Fecha de Inspección: 03-03-2026	Hora: 5 pm	Area / Unidad operativa:	puente	Localidad:	Quiguabalsa
Inspección realizada por: Angie galvis.		Nombre responsable unidad:			
Dirección:		Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los limites permisibles	✓			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS-(Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias quimicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
	CONSORCIO PEN-JI	VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	03-04-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.		✓	
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.	✓		
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón : 10-03-2026
Puente Pinzon	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
Caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodopovidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
1	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1 1/09/2025

Fecha de inspeccion	10-09-2026	Ubicación	puente Pinzón
inpeccion Realizada:	Angie galvis	hora	8 am

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	✓	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	✓	
¿La camillase encuentra señalizada ?	✓	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	✓	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	✓	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	✓	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	✓	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	✓	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	✓	
OBSERVACIONES:		

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	10-09-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACIÓN	Puente Pinzon	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	Angie Galvis
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – J1	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
	Pagina 1 de 2	

Fecha de inspección:	10-03-2026	Hora:	8:30 am	Area / Unidad operativa:	Puente
Localidad:	Pinzon				
Inspección realizada por:	Angie galvis			Nombre responsable unidad:	
Dirección:				Telefono:	

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	OBSERVACIONES
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentren en buenas condiciones.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
	CONSORCIO PEN-JI	VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	10-03-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.		✓	
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.	✓		
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón : 25/02/2026
Puente Guatoque	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodopovidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
1	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1 1/09/2025

Fecha de inspeccion	25/02/2026	Ubicación	puente Guatoque
inpeccion Realizada:	Angie galis	hora	10 am

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	✓	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	✓	
¿La camillase encuentra señalizada ?	✓	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	✓	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	✓	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	✓	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	✓	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	✓	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	✓	
OBSERVACIONES:		

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	25-02-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACIÓN	Puente Guatoque	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

Fecha de inspección: 25-02-2026	Hora:	Area / Unidad operativa:	puente	Localidad:	Guatoque
Inspección realizada por: Angie Galvis		Nombre responsable unidad:			
Dirección:		Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION-DE TAREAS-(Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
	CONSORCIO PEN-JI	VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	25-02-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.		✓	
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.	✓		
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION DEL BOTIQUIN	VERSION 1
		pag 1 de 1

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Ubicación	Fecha de revisón : 14-02-2026
Puente Puebllito	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:

CANTIDAD	ELEMENTO	N/A	ESTADO	REPOSICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
2	Gasas limpias paquete		Bueno			
2	Esparadrapo de tella rollo 4"		Bueno			
caja	Bajalenguas		Bueno			
2	Guante de latex para examen		Bueno			
2	Venda Elasticas 2X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 3X5 yardas		Bueno			
2	Venda Elastica 5X5		Bueno			
2	Venda de algodón 3X5 Yardas		Bueno			
2	Venda de algodón 5X5 yardas		Bueno			
3	Yodopovidona (Jabon quirurjico)		Bueno			
2	Solucion salina 500 cc		Bueno			
1	Termometro de mercurio o digital		Bueno			
1	Alcohol antiseptico X350 ml		Bueno			
OTROS:						

FIRMA DEL RESPONSABLE INSPECCION :

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1 1/09/2025

Fecha de inspeccion	24-02-2026	Ubicación	Puente Pueblito
inpeccion Realizada:	Angie galvis	hora	11am

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	✓	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	✓	
¿La camillase encuentra señalizada ?	✓	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	✓	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	✓	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	✓	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	✓	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	✓	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	✓	
OBSERVACIONES:		

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	14-02-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACIÓN	Puente Pueblito	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multipropósito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	
CAPACIDAD	10 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
		VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:	14-02-2026	

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.	✓		
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.		✓	
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.	✓		
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.	✓		
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.	✓		
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.	✓		
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.	✓		
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.	✓		
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.	✓		
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.	✓		
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra	✓		
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.	✓		
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.	✓		

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
	Pagina 1 de 2	

Fecha de inspección:	14-02-2026	Hora:	9am	Area / Unidad operativa:	Puente	Localidad:	Puerto
Inspección realizada por:	Angie galvis			Nombre responsable unidad:			
Dirección:				Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO					
No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	ORDEN Y ASEO				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	SANEAMIENTO BASICO				

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
	FORMATO N°:	FT-SST-056	
	SG-SST		
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA		Fecha:	JULIO 01/2025
		Versión:	001
			Pagina 1 de 2

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias quimicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	INSPECCION CAMILLA	VERSION 1
		1/09/2025

Fecha de inspeccion	11-03-2026	Ubicación	puente ibaraapi
inpeccion Realizada:	Angie galus	hora	2pm

ESTADO DE CAMILLA	SI	NO
¿se encuntra visible ?	✓	
¿La camilla de facil acceso, sin elemenytos que lo obstruyan ?	✓	
¿La camillase encuentra señalizada ?	✓	
¿ el soporte se encuentra n buenas condiciones?	✓	
¿ Cuenta con correas de seguridad ?	✓	
¿cuenta con sugetadores para agarre?	✓	
¿ Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓	
¿ cuenta con lugar lugar especifio para su reposo ?	✓	
¿ Esta aseada y cumple con las condiciones de higiene aceptable ?	✓	
¿No presenta desgaste o deterioro en alguna de sus partes ?	✓	
OBSERVACIONES:		

CONSORCIO PEB – JI	FORMATO DE INSPECCION DE EXTINTORES	version 1
		1/09/2025

FECHA DE INSPECION	17-03-2026	FECHA DE RECARGA	2025
UBICACIÓN	puente ibaccapi	FECHA DE PROXIMA RECARGA	2026
TIPO DE EXTINTOR	multiproposito	RESPONSABLE DE LA INSPECION	
CAPACIDAD	20 libras		

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE			OBSERVACIONES
		B	M	N/A	
1	Se encuentra la fecha de fabricacion o de la ultima prueba hidrostatica realizada ?	✓			
2	El extintor ha sido recargado o revisado hace menos de un año?	✓			
3	Se encuentran los datos del proveedor ?	✓			
4	El extintor se encuentra señalizado?	✓			
5	El extintor se encuentra libre de obstaculos?	✓			
6	El soporte se encuentra roto o en mal estado ?	✓			
7	El extintor se encuentra minimo a 10 cm del piso?	✓			
8	La atura maxima a la que se encuentra la parte superior del extintor es adecuada ?	✓			
9	La lectura del manometro marca la zona optima?	✓			
10	El cristal se encuentra en buen estado?	✓			
11	El extintor presenta pintura descarapelada?	✓			
12	El extintor presenta rastros de corrosion u oxido?	✓			
13	El extintor presenta golpes o abolladuras?	✓			
14	Presenta soldaduras o parches de latoneria?	✓			
15	Todos los textos o numeros son legibles ?	✓			
16	Hay componentes en mal estado?	✓			
17	El extintor indica que tipo es?	✓			
18	El extintor indica la forma de uso?	✓			
19	Tiene manija de transporte?	✓			
20	Tiene pin de seguridad?	✓			
21	Tiene manguera o boquilla?	✓			

NOTA: Especificar en la inspección realizada mensualmente el estado de cada elemento del extintor con B= bueno ó M= malo N/A= No aplica

CONSORCIO PEB – JI	SEÑALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: F-GI-154
		VERSIÓN: 1
		FECHA:1/09/2025
	GESTIÓN INTEGRAL	PÁGINA: 1 DE 1
FECHA DE INSPECCIÓN:		

No.	PARÁMETROS A REVISAR	SI	NO	NA
1	Hay señales informativas y preventivas en la obra.			
2	Hay carteles que recuerden la importancia de utilizar los EPP en la obra.			
3	Hay carteles que induzcan a mantener las áreas de trabajo ordenadas y limpias.			
4	Hay señales de prohibido fumar en la obra.			
5	Estan demarcadas las zonas donde se encuentran el extintor dentro de la obra.			
6	Estan demarcadas las zonas donde se encuentra la camilla dentro de la obra.			
7	Estn demarcadas la zona donde se encuentra el punto ecologico dentro de la obra.			
8	Están demarcadas las áreas de trabajo.			
9	Hay señales en las áreas de almacenamiento donde hay sustancias, grasas, aceites o productos inflamables dentro de la obra.			
10	Hay señales preventivas en las zonas de alto riesgo dentro de la obra.			
11	Hay señales de información para el personal que ingresa o es ajeno a la obra			
12	Hay señales de entrada y salida de vehiculo pesado.			
13	Hay señales de inicio y fin de la obra.			

OBSERVACIONES:

ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	✓			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	✓			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
9,2	Archivo rodante en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	✓			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	✓			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	✓			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	✓			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)				
	Nevera. (Si aplica)				
	Cafetera. (Si aplica)				
	Aire Acondicionado. (Si aplica)				
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				
	Computador. (Si aplica)				
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO PEB – JI	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-056
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha:	JULIO 01/2025
	Versión:	001
		Pagina 1 de 2

Fecha de inspección: 11-03-2026	Hora: 2pm	Area / Unidad operativa:	puente	Localidad:	Ibagapi
Inspección realizada por: Angie Galvis		Nombre responsable unidad:			
Dirección:		Telefono:			

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	✓			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	✓			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	✓			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	✓			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	✓			
1.6	La temperatura es confortable.	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	✓			
2.3	Pisos en buen estado.	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	✓			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	✓			
3.5	Cables en buen estado.	✓			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	✓			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	✓			
3.8	Existe señalización de peligros.	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	✓			
4.2	Extintores de carga vigente.	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	✓			
4.4	Existe señalización de extintores.	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	✓			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	✓			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	✓			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7,1	El área se encuentra organizada.	✓			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	✓			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	✓			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA	Código: FT-SST-56 Versión: 1 Fecha de Emisión: 1 septiembre de 2025

PROYECTO	Puente Guatoque	FECHA	23 al 27 febrero 2026
TIPO DE MAQUINARIA O EQUIPO	Buldozer [ ] Retroexcavadora [ ] Cargador [ ] Minicargador [ ] Piloteadora [ ] Paladraga [ ] Excavadora [X] Autohormigonera [ ] Motoniveladora [ ] Vibrocompactador [ ] Otra [ ] _____		
PROPIETARIO	Jose Abinael Lopez Chivata	OPERADOR	Operador

Marque en la casilla con la letra según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

	1. ASPECTO A INSPECCIONAR	DÍAS LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
1.1	Verificar nivel de aceite motor	✓	✓	✓	✓	✓			
1.2	Verificar nivel de refrigerante	✓	✓	✓	✓	✓			
1.3	Verificar que no se tenga presencia de fugas en el motor	✓	✓	✓	✓	✓			
1.4	Verificar estado de las correas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5	Verificar estado de filtros de aceite, combustible y aire	✓	✓	✓	✓	✓			
1.6	Drenar filtro separador de agua	✓	✓	✓	✓	✓			
1.7	Verificar estado y limpieza del radiador y enfriador de aceite	✓	✓	✓	✓	✓			
1.8	Verificar nivel de aceite hidraulico	✓	✓	✓	✓	✓			
1.9	Verificar que no se tenga presencia de fugas en el sistema hidraulico	✓	✓	✓	✓	✓			
1.1	Verificar funcionamiento de los mandos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.11	Verificar estado de los cilindros hidraulicos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.12	Inspeccionar el ajuste de los componentes del equipo (Brazo, tornamesa, etc)	✓	✓	✓	✓	✓			
1.13	Verificar funcionamiento del tablero	✓	✓	✓	✓	✓			
1.14	Verificar funcionamiento de pitos y alarmas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.15	Verificar estado de baterias y luces	✓	✓	✓	✓	✓			
1.16	Verificar presión de aire y estado general de las llantas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.17	Verificar estado y funcionamiento de frenos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.18	Verificar el estado de la barra antivuelco	✓	✓	✓	✓	✓			
1.19	Realizar engrase del equipo	✓	✓	✓	✓	✓			
1.20	Verificar estado de vidrios y espejos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.21	Inspeccionar tren de rodaje (Carriles, Sprockets, tensoras, cadenas)	✓	✓	✓	✓	✓			
1.22	Verificar estado general del balde o cuchilla (Dientes, esquineras, soldaduras, etc)	✓	✓	✓	✓	✓			
1.23	Verificar estado del rodillo y acoples	✓	✓	✓	✓	✓			
1.24	Verificar estado tubo de escape	✓	✓	✓	✓	✓			
1.25	Verificar estado fisico del equipo (Latoneria y pintura)	✓	✓	✓	✓	✓			

	2. AUTOHORMIGONERA	DÍAS LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
2.1	Canal	✓	✓	✓	✓	✓			
2.2	Hidrolavadora	✓	✓	✓	✓	✓			
2.3	Bomba sube-baja canal	✓	✓	✓	✓	✓			
2.4	Tanque de agua	✓	✓	✓	✓	✓			
2.5	Pala de carga	✓	✓	✓	✓	✓			
2.6	Tambor	✓	✓	✓	✓	✓			
2.7	Tablero de mezcla	✓	✓	✓	✓	✓			

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

	3. FACTORES HUMANOS	CUMPLE SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de la maquina?	✓		
3.2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso de la maquina?	✓		
3.3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras?		✓	
3.4	Ejecuta prácticas de Seguridad en Manejo de la maquina?			

	INSPECCIONÓ	Vo.Bo Jefe inmediato / SST
FIRMA	Jose Lopez	
NOMBRE	Jose Abinael Lopez Chivata	Angie Galvis
C.C	7057524075	1093780984

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA	Código: FT-SST-56 Versión: 1 Fecha de Emisión: 1 septiembre de 2025

PROYECTO	Puente Guatoque	FECHA	16 al 20 febrero 2026
TIPO DE MAQUINARIA O EQUIPO	Buldozer [ ] Retroexcavadora [ ] Cargador [ ] Minicargador [ ] Piloteadora [ ] Paladraga [ ] Excavadora [X] Autohormigonera [ ] Motoniveladora [ ] Vibrocompactador [ ] Otra [ ] _____		
PROPIETARIO	Jose Abigael Lopez Chivata	OPERADOR	operador

Marque en la casilla con la letra según corresponda
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

	1. ASPECTO A INSPECCIONAR	DÍAS LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
1.1	Verificar nivel de aceite motor	✓	✓	✓	✓	✓			
1.2	Verificar nivel de refrigerante	✓	✓	✓	✓	✓			
1.3	Verificar que no se tenga presencia de fugas en el motor	✓	✓	✓	✓	✓			
1.4	Verificar estado de las correas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5	Verificar estado de filtros de aceite, combustible y aire	✓	✓	✓	✓	✓			
1.6	Drenar filtro separador de agua	✓	✓	✓	✓	✓			
1.7	Verificar estado y limpieza del radiador y enfriador de aceite	✓	✓	✓	✓	✓			
1.8	Verificar nivel de aceite hidraulico	✓	✓	✓	✓	✓			
1.9	Verificar que no se tenga presencia de fugas en el sistema hidraulico	✓	✓	✓	✓	✓			
1.1	Verificar funcionamiento de los mandos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.11	Verificar estado de los cilindros hidraulicos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.12	Inspeccionar el ajuste de los componentes del equipo (Brazo, tomamesa, etc)	✓	✓	✓	✓	✓			
1.13	Verificar funcionamiento del tablero	✓	✓	✓	✓	✓			
1.14	Verificar funcionamiento de pitos y alarmas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.15	Verificar estado de baterias y luces	✓	✓	✓	✓	✓			
1.16	Verificar presión de aire y estado general de las llantas	✓	✓	✓	✓	✓			
1.17	Verificar estado y funcionamiento de frenos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.18	Verificar el estado de la barra antivuelco	✓	✓	✓	✓	✓			
1.19	Realizar engrase del equipo	✓	✓	✓	✓	✓			
1.20	Verificar estado de vidrios y espejos	✓	✓	✓	✓	✓			
1.21	Inspeccionar tren de rodaje (Carriles, Sprockets, tensoras, cadenas)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.22	Verificar estado general del balde o cuchilla (Dientes, esquineras, soldaduras, etc)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.23	Verificar estado del rodillo y acoples	✓	✓	✓	✓	✓			
1.24	Verificar estado tubo de escape	✓	✓	✓	✓	✓			
1.25	Verificar estado fisico del equipo (Latoneria y pintura)	✓	✓	✓	✓	✓			

	2. AUTOHORMIGONERA	DÍAS LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO	OBSERVACIONES
2.1	Canal	✓	✓	✓	✓	✓			
2.2	Hidrolavadora	✓	✓	✓	✓	✓			
2.3	Bomba sube-baja canal	✓	✓	✓	✓	✓			
2.4	Tanque de agua	✓	✓	✓	✓	✓			
2.5	Pala de carga	✓	✓	✓	✓	✓			
2.6	Tambor	✓	✓	✓	✓	✓			
2.7	Tablero de mezcla	✓	✓	✓	✓	✓			

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI o NO según corresponda)

	3. FACTORES HUMANOS	CUMPLE SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de la maquina?	✓		
3.2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso de la maquina?	✓		
3.3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras?		✓	
3.4	Ejecuta prácticas de Seguridad en Manejo de la maquina?	✓		

	INSPECCIONÓ	Vo.Bo Jefe Inmediato / SST
FIRMA	Jose Lopez	
NOMBRE	Jose Abigael Lopez Chivata	Angie Galvis
C.C	1051524757	1093730984

Anexo 10.
Reportede Accidentalidad

Medellín, 18 de abril de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO PEB-JI, NIT N901977234, ha reportado 1 accidente(s) de trabajo ocurrido(s) a sus trabajadores dependientes desde las fechas 13 de febrero de 2026 hasta el 12 de marzo de 2026, con un total de 0 día(s) de incapacidad pagados y una tasa de accidentalidad de 2.08%.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51 1414.

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.33.163.42, 192.230.104.13, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN

Nombre o razón social: CONSORCIO PEB-JI

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 901977234

Dirección	Teléfono	Fax
CL 109 # 14B - 60 OF. 204 B. CHICO	3102778858	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
AUXILIARAFILIACIONES3@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	( ) U (•) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5711001

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE

Dirección	Teléfono	Fax
CALLE 38A TUNJA	5008919	

Departamento	Municipio	Zona
BOYACA	TUNJA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
PALENCIA	BONILLA	JOSE MIGUEL

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 74433534

Fecha de nacimiento: 01011990 — Sexo: (•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 3 # 9 - 10	3222033778	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOYACA	SOATA	(•) U ( ) R	OFICIAL DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	0:29

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
26012026	2250095	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
23022026 04:50:00	S	Lunes

Jornada en que sucede: (•) Normal ( ) Extra — ¿Estaba realizando su labor habitual? (•) Si ( ) No — ¿Cuál?

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	BOYACA	BOAVITA	( ) U (•) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 7:45 — Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

( ) Almacenes o depósitos
( ) Áreas de producción
( ) Áreas recreativas o deportivas
( ) Corredores o pasillos
( ) Escaleras
( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
( ) Oficinas
( ) Otras áreas comunes
(•) Otro
VIA DEPARTEMNETAL

Parte del cuerpo aparentemente afectado

( ) Cabeza
( ) Ojo
( ) Cuello
( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
( ) Tórax
( ) Abdomen
( ) Miembros superiores
( ) Manos
( ) Miembros inferiores
(•) Pies
( ) Ubicaciones múltiples
( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

( ) Fractura
( ) Luxación
( ) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
( ) Conmoción o trauma interno
( ) Amputación o ennucleación
( ) Herida
( ) Trauma superficial
(•) Golpe contusión o aplastamiento
( ) Quemadura
( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
( ) Asfixia
( ) Efecto de la electricidad
( ) Efecto nocivo de la radiación
( ) Lesiones múltiples
( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

( ) Máquinas y/o equipos
( ) Medios de transporte
( ) Aparatos
( ) Herramientas, implementos o utensilios
( ) Materiales o sustancias
( ) Radiaciones
(•) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
( ) Otros agentes no clasificados
( ) Animales (vivos o productos animales)
( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

( ) Caída de personas
(•) Caída de objetos
( ) Pisadas, choques o golpes
( ) Atrapamientos
( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
( ) Exposición o contacto con la electricidad
( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
( ) Golpes por o contra objetos
( ) Otro

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO LABORES DE CONSTRUCCIÓN DE CUNETAS APROXIMADAMENTE A LAS 4:50 PM, SOBRE LA VIA DEPARTAMENTAL QUE COMUNICA EL MUNICIPIO DE SOATA CON EL MUNICIO DE BOAVITA, CUANDO DESDE EL TALUD DE LA MONTAÑA SE DESPRENDIÓ UNA ROCA QUE IMPACTO SU PIE DERECHO A LA ALTURA DEL TALÓN. AL MOMENTO DEL INCIDENTE, EL TRABAJADOR PORTABA BOTAS DE SEGURIDAD COMO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. INICIALMENTE PRESENTO DOLOR LEVE; SIN EMBARGO, AL CAMINAR PRESENTABA MOLESTIAS CON EL MOVIMIENTO. EL DÍA SIGUIENTE EL TRABAJADOR PRESENTA INFLAMACIÓN, MORETÓN O HEMATOMA Y AUMENTO EL DOLOR AL APOYAR EL PIE AFECTADO, SE LE PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS Y INDICO EL CENTRO DE ATENCIÓN EL CUAL DEBE ASISTIR.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? (•) Si ( ) No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ		
Cargo	AYUDANTE	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1022339760
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	GALVIS SANGUINO ANGIE VIVIANA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1093780984
Cargo	RESPONSABLE DEL SG-SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
24-02-2026 08:39:16
24-02-2026 08:39:14
RECIBIDO

Fecha Impresión 24-02-2026 08:39:25

FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCION 1401 DE 2007

ARL SURA

Versión 2 - 20/12/2013

| | | |

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:	
☐	(1) CABEZA
☐	(1.12) OJO
☐	(2) CUELLO
☐	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
☐	(3.32) TÓRAX
☐	(3.33) ABDOMEN
☐	(4) MIEMBROS SUPERIORES
☐	(4.46) MANOS
☐	(5) MIEMBROS INFERIORES
☑	(5.56) PIES
☐	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
☐	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	
☐	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
☐	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE
☐	(3) APARATOS
☐	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
☐	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
☐	(4.4) RADIACIONES
☑	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
☐	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
☐	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
☐	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
☐	(1) CAÍDA DE PERSONAS
☑	(2) CAÍDA DE OBJETOS
☐	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
☐	(4) ATRAPAMIENTOS
☐	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
☐	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
☐	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
☐	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
☐	(9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO LABORES DE CONSTRUCCIÓN DE CUNETAS APROXIMADAMENTE A LAS 4:50 PM, SOBRE LA VIA DEPARTAMENTAL QUE COMUNICA EL MUNICIPIO DE SOATA CON EL MUNICIO DE BOAVITA, CUANDO DESDE EL TALUD DE LA MONTAÑA SE DESPRENDIÓ UNA ROCA QUE IMPACTO SU PIE DERECHO A LA ALTURA DEL TALÓN. AL MOMENTO DEL INCIDENTE, EL TRABAJADOR PORTABA BOTAS DE SEGURIDAD COMO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. INICIALMENTE PRESENTO DOLOR LEVE; SIN EMBARGO, AL CAMINAR PRESENTABA MOLESTIAS CON EL MOVIMIENTO. EL DÍA SIGUIENTE EL TRABAJADOR PRESENTA INFLAMACIÓN, MORETÓN O HEMATOMA Y AUMENTO EL DOLOR AL APOYAR EL PIE AFECTADO, SE LE PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS Y INDICO EL CENTRO DE ATENCIÓN EL CUAL DEBE ASISTIR.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI ☑ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ	CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No: 1022339760
AYUDANTE	
DECLARACIÓN: Yo, Juan David Pedraza Vélez, manifiesto que presencié el accidente ocurrido el 24 de febrero de 2026, en el cual una roca se desprendió desde el talud e impactó el pie derecho del trabajador mientras realizaba labores de construcción de cuetas.	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CC ☐ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No:
DECLARACIÓN	FIRMA:

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
ANGIE VIVIANA GALVIS SANGUINO	CC ☑ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐
CARGO	No. 1093780984
RESPONSABLE DEL SG-SST	
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 02 03 2026

V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO

El equipo SST, jefe inmediato y COPASST analizaron el evento, identificando como causa principal el desprendimiento de material desde un talud inestable. Se evidencian falencias en la inspección del área y en los controles preventivos, por lo que se recomienda fortalecer la señalización, delimitación y control de riesgos en campo.

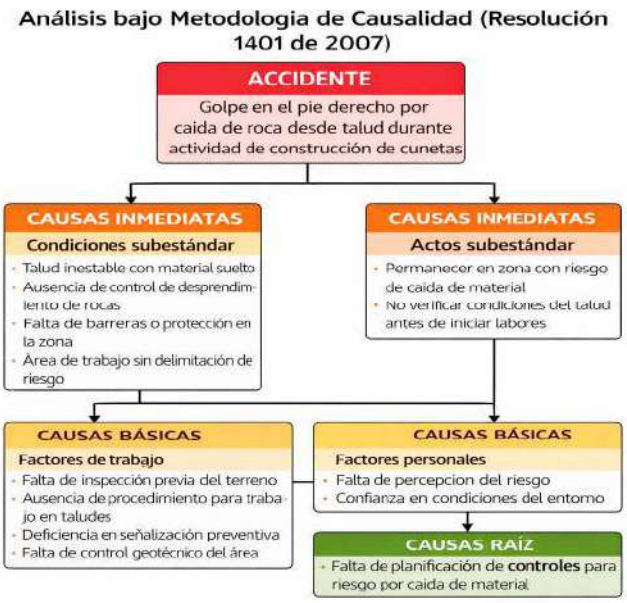
VI. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACÁ EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)







VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ARBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)



VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	**ACTOS SUBESTANDAR**	**FACTORES DE TRABAJO**	**FACTORES PERSONALES**
Talud inestable con material suelto	Permanecer en zona con riesgo de caída de material	Falta de inspección previa del terreno	Falta de percepción del riesgo
Ausencia de control de desprendimiento de rocas	No verificar condiciones del talud antes de iniciar labores	Ausencia de procedimiento para trabajo en taludes	Confianza en condiciones del entorno
Falta de barreras o protección en la zona		Deficiencia en señalización preventiva	
Área de trabajo sin delimitación de riesgo		Falta de control geotécnico del área	

IX. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA	AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA				
Inspección previa de taludes antes de iniciar actividades	X	X	X	3/03/2026	10/03/2026	X	Residente de obra / SST
Implementación de señalización preventiva en zonas de riesgo		X	X	3/03/2026	10/03/2026	X	SST
Delimitación del área con riesgo de caída de material		X	X	3/03/2026	10/03/2026	X	Maestro de obra
Instalación de barreras o control de material (mallas si aplica)	X	X		4/03/2026	12/03/2026	X	Residente de obra
Capacitación al personal en identificación de peligros en taludes			X	4/03/2026	12/03/2026	X	SST
Supervisión permanente en actividades en zonas de riesgo		X	X	3/03/2026	12/03/2026	X	Residente / SST

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

REPRESENTANTE LEGAL				**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
JORGE IVAN ARIAS FLOREZ				1.090.464.698
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	**LICENCIA NO**		**EXPEDIDA POR**	**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**
ANGIE GALVIS	**4110**		**Secretaría de Salud de Bogotá D.C**	1,093,780,984

LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARL-SURA NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS DATOS QUE ALLÍ APARECEN.

FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO
(ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM__ / DD___ / AA___

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN

Nombre o razón social: CONSORCIO PEB-JI

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 901977234

Dirección	Teléfono	Fax
CL 109 # 14B - 60 OF. 204 B. CHICO	3102778858	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
AUXILIARAFILIACIONES3@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	( ) U (•) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5711001

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE

Dirección	Teléfono	Fax
CALLE 38A TUNJA	5008919	

Departamento	Municipio	Zona
BOYACA	TUNJA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
PALENCIA	BONILLA	JOSE MIGUEL

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	74433534	01011990	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 3 # 9 - 10	3222033778	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOYACA	SOATA	(•) U ( ) R	OFICIAL DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	0:29

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
26012026	2250095	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
23022026 04:50:00	S	Lunes

Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?
(•) Normal ( ) Extra	(•) Si ( ) No	

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	BOYACA	BOAVITA	( ) U (•) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
7:45	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

( ) Almacenes o depósitos
( ) Áreas de producción
( ) Áreas recreativas o deportivas
( ) Corredores o pasillos
( ) Escaleras
( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
( ) Oficinas
( ) Otras áreas comunes
(•) Otro
VIA DEPARTEMNETAL

Parte del cuerpo aparentemente afectado

( ) Cabeza
( ) Ojo
( ) Cuello
( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
( ) Tórax
( ) Abdomen
( ) Miembros superiores
( ) Manos
( ) Miembros inferiores
(•) Pies
( ) Ubicaciones múltiples
( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

( ) Fractura
( ) Luxación
( ) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
( ) Conmoción o trauma interno
( ) Amputación o ennucleación
( ) Herida
( ) Trauma superficial
(•) Golpe contusión o aplastamiento
( ) Quemadura
( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
( ) Asfixia
( ) Efecto de la electricidad
( ) Efecto nocivo de la radiación
( ) Lesiones múltiples
( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

( ) Máquinas y/o equipos
( ) Medios de transporte
( ) Aparatos
( ) Herramientas, implementos o utensilios
( ) Materiales o sustancias
( ) Radiaciones
(•) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
( ) Otros agentes no clasificados
( ) Animales (vivos o productos animales)
( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

( ) Caída de personas
(•) Caída de objetos
( ) Pisadas, choques o golpes
( ) Atrapamientos
( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
( ) Exposición o contacto con la electricidad
( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
( ) Golpes por o contra objetos
( ) Otro

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA REALIZANDO LABORES DE CONSTRUCCIÓN DE CUNETAS APROXIMADAMENTE A LAS 4:50 PM, SOBRE LA VIA DEPARTAMENTAL QUE COMUNICA EL MUNICIPIO DE SOATA CON EL MUNICIO DE BOAVITA, CUANDO DESDE EL TALUD DE LA MONTAÑA SE DESPRENDIÓ UNA ROCA QUE IMPACTO SU PIE DERECHO A LA ALTURA DEL TALÓN. AL MOMENTO DEL INCIDENTE, EL TRABAJADOR PORTABA BOTAS DE SEGURIDAD COMO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. INICIALMENTE PRESENTO DOLOR LEVE; SIN EMBARGO, AL CAMINAR PRESENTABA MOLESTIAS CON EL MOVIMIENTO. EL DÍA SIGUIENTE EL TRABAJADOR PRESENTA INFLAMACIÓN, MORETÓN O HEMATOMA Y AUMENTO EL DOLOR AL APOYAR EL PIE AFECTADO, SE LE PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS Y INDICO EL CENTRO DE ATENCIÓN EL CUAL DEBE ASISTIR.

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? (•) Si ( ) No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	JUAN DAVID PEDRAZA VELEZ		
Cargo	AYUDANTE	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1022339760
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	GALVIS SANGUINO ANGIE VIVIANA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1093780984
Cargo	RESPONSABLE DEL SG-SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
24-02-2026 08:39:16
24-02-2026 08:39:14
RECIBIDO

Fecha Impresión 24-02-2026 08:39:25

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Formula de Salida
Nit - 891800611-6
Telefono - 2795080 Direccion - CRA 7 N 6-31
URGENCIAS

Pagina N°: 1 | Historia N°: 74433534 | Sistemas CitiSalud
Fecha Impresión: 24/02/2026 | Admisión: 9532 | N° de Formula: 76406

Lugar Atencion: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA **Fecha Formulación: 24/02/2026 15:08**
Paciente: CC 74433534 - JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA **Tipo Historia: URGENCIAS EVOLUCIONES**
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min **Fecha Nacimiento: 13/02/1981** **Grupo Sangineo: A +** **Sexo: M**
Empresa: ARL SURA (SURATEP) **Contrato: EVENTO ARL** **Via Ingreso: Urgencias**
Telefono: 3222033778 / 3222033778 **Dirección: VEREDA EL ARENAL**

Fecha Atención: 24/02/2026 3:08:00 p. m. **Consecutivo: 1** **Fecha Vencimiento: 25/05/2026 15:08:00**

FORMULA MEDICA

Medicamentos:
17145-9 NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS TOMAR ORAL 2 TABLETAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS DURANTE 3 Dia(s)
Prescripción: 2 TABLETAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS
Cantidad: 12 (DOCE)

19988263-1 DICLOFENACO 1% GEL TOPICO 50 mg VIA ADMINISTRACIÓN TOPICA (EXTERNA) APLICAR CADA 12 HORAS EN ZONA DE DOLOR DURANTE 10 Dia(s)
Prescripción: APLICAR CADA 12 HORAS EN ZONA DE DOLOR
Cantidad: 1 (UNO)

Yeison Angarita

Firma Paciente

Firma funcionario que recibe

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
MEDICO GENERAL
1010077328

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita Nº: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ESTADO INGRESO:
PACIENTE INGRESA EN ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA, GLASGOW 15/15, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS.
MOTIVO DE CONSULTA:
ESTABA EN EL TRABAJO Y LE CAYÓ UNA PIEDRA SOBRE TALON DERECHO
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS SIN ANTECEDENTES MEDICOS CONOCIDOS, QUIEN CONSULTA POR CUARO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE CAIDA DE ROCA SOBRE TALON DERECHO MIENTRAS SE ENCONTRABA LABORANDO, CON POSTERIOR EDEMA, EQUIMOSIS LEVE Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL, CON LEVE LIMITACION PARA LA DEAMBULACION. NO PRESENTA OTRA SINTOMATOLOGIA.

ANTECEDENTES PERSONALES

HOSPITALARIOS:
NIEGA
QUIRURGICOS:
NIEGA
PATOLOGICOS:
NIEGA
TOXICOLOGICOS:
NIEGA
FARMACOLOGICOS:
NIEGA
TRAUMATICOS:
NIEGA
OCUPACIONAL:
NIEGA
FAMILIARES:
NIEGA
TRANSFUSION:
NIEGA
ANTECEDENTES EPIDEMIÓLOGOS:
NIEGA

ANTECEDENTES PERINATALES

TSH/VALOR:
NIEGA
HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO:
NIEGA
ESQUEMA VACUNACION :
NIEGA
MALTRATO O SOSPECHA:
NIEGA
LACTANCIA MATERNA PRIMERA HORA:
NIEGA
PESO AL NACER:
NIEGA
TALLA AL NACER:
NIEGA
EDAD GESTACIONAL AL NACER :
NIEGA
CONTROLES PRENATALES:
NIEGA
RETARDO DE CREC INTRAUTERINO:
NIEGA
TIPO DE PARTO:
NIEGA
INCUBADORA:
NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

SISTEMA NERVIOSO:
NORMAL
SISTEMA ENDOCRINO:
NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS:
NORMAL
SISTEMA RESPIRATORIO:
NORMAL
SISTEMA CIRCULATORIO:
NORMAL
SISTEMA HEMATICO Y LINFATICO:
NORMAL
SISTEMA DIGESTIVO:
NORMAL
SISTEMA URINARIO:
NORMAL

CRA 7 N 6-31 Tel: 2795080 Nit: 891800611-6

URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA

Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguíneo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

EVOLUCIONES URGENCIAS

N° Evolución: **1** Fecha: **24/02/2026 3:08:00 p. m.**

Profesional: **MGRL082 YEISON JAVIER ANGARITA MORENO**

Especialidad: **MEDICINA GENERAL**

Tipo Evolucion: **Ordenes Medicas**

Diagnósticos

Principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

Objetivo

Análisis

Plan de tratamiento

PACIENTE DE 42 AÑOS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE LABORAL POR TRAUMA CON ROCA QUE SE REVALORA TRAS LA REVISION DE PARACLINICOS EVIDENCIANDO RX DE TOBILLO DERECHO CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, SIN TRAZOS EVIDENTES DE FRACTURAS, SIN TRAZOS DE LUXACIONES O ALTERACIONES ESTRUCTURALES, RX NORMAL A ESPERA DE REPORTE OFICIAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON ESGUINCE GRADO II EN QUIEN SE DA MANEJO ANALGESICO Y ANTIINFLAMATORIO AMBULATORIO, SE DAN 2 DIAS DE REPOSO ABSOLUTO DESDE EL INGRESO Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE SER NECESARIO. SE EXPLICA CONDUCTA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
MEDICO GENERAL
Reg 1010077328

PLAN DE SALIDA

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PACIENTE DE 42 AÑOS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE LABORAL POR TRAUMA CON ROCA QUE SE REVALORA TRAS LA REVISION DE PARACLINICOS EVIDENCIANDO RX DE TOBILLO DERECHO CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, SIN TRAZOS EVIDENTES DE FRACTURAS, SIN TRAZOS DE LUXACIONES O ALTERACIONES ESTRUCTURALES, RX NORMAL A ESPERA DE REPORTE OFICIAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON ESGUINCE GRADO II EN QUIEN SE DA MANEJO ANALGESICO Y ANTIINFLAMATORIO AMBULATORIO, SE DAN 2 DIAS DE REPOSO ABSOLUTO DESDE EL INGRESO Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE SER NECESARIO. SE EXPLICA CONDUCTA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DESTINO CLÍNICA: SALIDA

ANEXOS DESDE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA

EVOLUCIONES
TRIAGE
EPICRISIS
ANEXO 2 - INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
REGISTRO DE INSUMOS

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

CRA 7 N 6-31 Tel: 2795080 Nit: 891800611-6

URGENCIAS INGRESO - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA — Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

Orden: 131995 **No. Evolución:** 0

Diagnosticos

(S900)

Procedimientos Imagenología

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	1	DERECHO	Baja

Observación

DIAGNOSTICO

Diag. principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO **Tipo de diagnóstico:** Impresión diagnóstica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad general **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** Otra

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO URGENCIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
PACIENTE CON CUADRO TRAUMATICO EN TOBILLO Y APARENTE LESION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS LOCALIZADA, EN QUIEN SE DECIDE TOMA DE RX DE TOBILLO PARA DESCARTAR FRACTURAS A NIVEL DE HUESO CALCANEO Y SE ADMINISTRA ANALGESIA INTRAMUSCULAR, SE REVALORARA SEGUN RESULTADOS PARA TOMA DE CONDUCTAS ADICIONALES.

DESTINO CLÍNICA: REVALORACIÓN

ANEXOS DESDE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA

FORMULA MEDICA
ORDEN PROCEDIMIENTOS Dx
TRIAGE
EPICRISIS
ORDEN FARMACIA
ANEXO 2 - INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
REGISTRO DE INSUMOS

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
Cedula de Ciudadania 1010077328
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Fecha Impresión: 24/02/2026 15:10

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

INCAPACIDADES MÉDICAS

Prorroga: NO

Fecha Inicio: 24/02/2026 **Fecha Fin:** 25/02/2026 **Fecha Expedición:**

Grupo de servicios: Atención inmediata **Modalidad de la prestación del servicio:** Intramural

Tipo de incapacidad: Otra **Dias de Incapacidad:** 2

Incapacidad retroactiva: Urgencias o internación del paciente

Diagnosticos:
PPAL: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Estado general del paciente y/o observaciones: 2 DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL DESDE EL INGRESO CON ORDEN ESTRICTA DE REPOSO

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
Cedula de Ciudadania 1010077328
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL
Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

SISTEMA REPRODUCTOR:
NORMAL
SISTEMA OSTEOMUSCULAR:
NORMAL
SISTEMA TEGUMENTARIO:
NORMAL
ABUSO SEXUAL(SI o No):
NIEGA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 98/76 mmHg **GLAS:** 15 puntos **FC:** 60 x min **PESO:** 71 Kg **TALLA:** 176 cm **IMC:** 22.92 Kg/m2 **SUP:** 1.86 m2 **FR:** 20 x min **TEMP:** 35 °C **SAT:** 96 % **TAM:** 83.33 mmHg

IMC: De 18.6 A 24.9
INTERPRETACIÓN: PESO NORMAL Usted tiene un peso normal. Controle su peso mensualmente, incluya el consumo de frutas y verduras en su alimentación diaria y haga ejercicio de manera regular.

EXAMEN FISICO

ESTADO GENERAL
ADECUADO ESTADO GENERAL, ORIENTADO, ALERTA, AFEBRIL, ALGICO, ANICTERICO, GLASGOW 15/15
PIEL
PEQUEÑA EQUIMOSOS Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA
PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o No)
NO
CABEZA / CUELLO
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS.
CARDIOPULMONAR
SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO.
ABDOMEN
NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIGNO DE MURPHY NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO, MC BURNEY NEGATIVO, ROVSING NEGATIVO, PSOAPS NEGATIVO, TALOPERCUCION NEGATIVO, DUNPHY NEGATIVO, GIORDANO BILATERAL NEGATIVO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO
NO EVALUADO POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA A ESTE NIVEL
EXTREMIDADES
SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, CON EDEMA A NIVEL DE TOBILLO Y TALON DERECHO CON PEQUEÑA EQUIMOSOS Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO NORMAL
NEUROLOGICOS
ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMÉTRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.
ESTADO MENTAL
ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, EULALICO, EUPSIQUICO, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION ADECUADA, JUICIO PRESERVADO.

Sintomatico respiratorio: No **Sintomatico de Piel:** No

FORMULA MEDICA

Fecha Formulación: 24/02/2026 12:32:00 p. m. **Consecutivo:** 76364

Diagnosticos:
Diag principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Medicamento:
19953296-33 DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 3ML VIA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR 75 mg CADA Dosis Unica DURANTE 1 Dia(s)

Prescripción:
UNA AMPOLLA IM AHORA Cantidad farmacia: 1 (UNO)

Medicamento:
20019105-10 DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 2ML VIA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR 8 mg CADA Dosis Unica DURANTE 1 Dia(s)

Prescripción:
UNA AMPOLLA IM AHORA Cantidad farmacia: 1 (UNO)

Formula de Salida
Nit - 891800611-6
Telefono - 2795080 Direccion - CRA 7 N 6-31
URGENCIAS

Pagina N°: 1 | Historia N°: 74433534 | Sistemas CitiSalud
Fecha Impresión: 24/02/2026 | Admisión: 9532 | N° de Formula: 76406

Lugar Atencion: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA **Fecha Formulación: 24/02/2026 15:08**
Paciente: CC 74433534 - JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA **Tipo Historia: URGENCIAS EVOLUCIONES**
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min **Fecha Nacimiento: 13/02/1981** **Grupo Sangineo: A +** **Sexo: M**
Empresa: ARL SURA (SURATEP) **Contrato: EVENTO ARL** **Via Ingreso: Urgencias**
Telefono: 3222033778 / 3222033778 **Dirección: VEREDA EL ARENAL**

Fecha Atención: 24/02/2026 3:08:00 p. m. **Consecutivo: 1** **Fecha Vencimiento: 25/05/2026 15:08:00**

FORMULA MEDICA

Medicamentos:
17145-9 NAPROXENO 250 MG COMPRIMIDOS TOMAR ORAL 2 TABLETAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS DURANTE 3 Dia(s)
Prescripción: 2 TABLETAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS
Cantidad: 12 (DOCE)

19988263-1 DICLOFENACO 1% GEL TOPICO 50 mg VIA ADMINISTRACIÓN TOPICA (EXTERNA) APLICAR CADA 12 HORAS EN ZONA DE DOLOR DURANTE 10 Dia(s)
Prescripción: APLICAR CADA 12 HORAS EN ZONA DE DOLOR
Cantidad: 1 (UNO)

Yeison Angarita

Firma Paciente

Firma funcionario que recibe

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
MEDICO GENERAL
1010077328

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

CRA 7 N 6-31 Tel: 2795080 Nit: 891800611-6

URGENCIAS INGRESO - URGENCIAS

Historia Nº: 74433534

Código Habilitación: 157530033201

Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA

Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita Nº: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

ESTADO INGRESO:
PACIENTE INGRESA EN ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA, GLASGOW 15/15, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS.
MOTIVO DE CONSULTA:
ESTABA EN EL TRABAJO Y LE CAYÓ UNA PIEDRA SOBRE TALON DERECHO
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS SIN ANTECEDENTES MEDICOS CONOCIDOS, QUIEN CONSULTA POR CUARO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE CAIDA DE ROCA SOBRE TALON DERECHO MIENTRAS SE ENCONTRABA LABORANDO, CON POSTERIOR EDEMA, EQUIMOSIS LEVE Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL, CON LEVE LIMITACION PARA LA DEAMBULACION. NO PRESENTA OTRA SINTOMATOLOGIA.

ANTECEDENTES PERSONALES

HOSPITALARIOS:
NIEGA
QUIRURGICOS:
NIEGA
PATOLOGICOS:
NIEGA
TOXICOLOGICOS:
NIEGA
FARMACOLOGICOS:
NIEGA
TRAUMATICOS:
NIEGA
OCUPACIONAL:
NIEGA
FAMILIARES:
NIEGA
TRANSFUSION:
NIEGA
ANTECEDENTES EPIDEMIÓLOGOS:
NIEGA

ANTECEDENTES PERINATALES

TSH/VALOR:
NIEGA
HOSPITALIZACION AL NACIMIENTO:
NIEGA
ESQUEMA VACUNACION :
NIEGA
MALTRATO O SOSPECHA:
NIEGA
LACTANCIA MATERNA PRIMERA HORA:
NIEGA
PESO AL NACER:
NIEGA
TALLA AL NACER:
NIEGA
EDAD GESTACIONAL AL NACER :
NIEGA
CONTROLES PRENATALES:
NIEGA
RETARDO DE CREC INTRAUTERINO:
NIEGA
TIPO DE PARTO:
NIEGA
INCUBADORA:
NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

SISTEMA NERVIOSO:
NORMAL
SISTEMA ENDOCRINO:
NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS:
NORMAL
SISTEMA RESPIRATORIO:
NORMAL
SISTEMA CIRCULATORIO:
NORMAL
SISTEMA HEMATICO Y LINFATICO:
NORMAL
SISTEMA DIGESTIVO:
NORMAL
SISTEMA URINARIO:
NORMAL

CRA 7 N 6-31 Tel: 2795080 Nit: 891800611-6

URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA

Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguíneo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

EVOLUCIONES URGENCIAS

N° Evolución: **1** Fecha: **24/02/2026 3:08:00 p. m.**

Profesional: **MGRL082 YEISON JAVIER ANGARITA MORENO**

Especialidad: **MEDICINA GENERAL**

Tipo Evolucion: **Ordenes Medicas**

Diagnósticos

Principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

Objetivo

Análisis

Plan de tratamiento

PACIENTE DE 42 AÑOS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE LABORAL POR TRAUMA CON ROCA QUE SE REVALORA TRAS LA REVISION DE PARACLINICOS EVIDENCIANDO RX DE TOBILLO DERECHO CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, SIN TRAZOS EVIDENTES DE FRACTURAS, SIN TRAZOS DE LUXACIONES O ALTERACIONES ESTRUCTURALES, RX NORMAL A ESPERA DE REPORTE OFICIAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON ESGUINCE GRADO II EN QUIEN SE DA MANEJO ANALGESICO Y ANTIINFLAMATORIO AMBULATORIO, SE DAN 2 DIAS DE REPOSO ABSOLUTO DESDE EL INGRESO Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE SER NECESARIO. SE EXPLICA CONDUCTA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
MEDICO GENERAL
Reg 1010077328

PLAN DE SALIDA

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PACIENTE DE 42 AÑOS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE LABORAL POR TRAUMA CON ROCA QUE SE REVALORA TRAS LA REVISION DE PARACLINICOS EVIDENCIANDO RX DE TOBILLO DERECHO CON EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, SIN TRAZOS EVIDENTES DE FRACTURAS, SIN TRAZOS DE LUXACIONES O ALTERACIONES ESTRUCTURALES, RX NORMAL A ESPERA DE REPORTE OFICIAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON ESGUINCE GRADO II EN QUIEN SE DA MANEJO ANALGESICO Y ANTIINFLAMATORIO AMBULATORIO, SE DAN 2 DIAS DE REPOSO ABSOLUTO DESDE EL INGRESO Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE SER NECESARIO. SE EXPLICA CONDUCTA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DESTINO CLÍNICA: SALIDA

ANEXOS DESDE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA

EVOLUCIONES
TRIAGE
EPICRISIS
ANEXO 2 - INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
REGISTRO DE INSUMOS

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

CRA 7 N 6-31 Tel: 2795080 Nit: 891800611-6

URGENCIAS INGRESO - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA — Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

Orden: 131995 **No. Evolución:** 0

Diagnosticos

(S900)

Procedimientos Imagenología

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	1	DERECHO	Baja

Observación

DIAGNOSTICO

Diag. principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO **Tipo de diagnóstico:** Impresión diagnóstica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad general **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** Otra

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO URGENCIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
PACIENTE CON CUADRO TRAUMATICO EN TOBILLO Y APARENTE LESION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS LOCALIZADA, EN QUIEN SE DECIDE TOMA DE RX DE TOBILLO PARA DESCARTAR FRACTURAS A NIVEL DE HUESO CALCANEO Y SE ADMINISTRA ANALGESIA INTRAMUSCULAR, SE REVALORARA SEGUN RESULTADOS PARA TOMA DE CONDUCTAS ADICIONALES.

DESTINO CLÍNICA: REVALORACIÓN

ANEXOS DESDE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA

FORMULA MEDICA
ORDEN PROCEDIMIENTOS Dx
TRIAGE
EPICRISIS
ORDEN FARMACIA
ANEXO 2 - INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
REGISTRO DE INSUMOS

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
Cedula de Ciudadania 1010077328
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: MGRL082 - YEISON JAVIER ANGARITA MORENO

URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS

Historia N°: 74433534
Código Habilitación: 157530033201
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Fecha Impresión: 24/02/2026 15:10

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL

Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

INCAPACIDADES MÉDICAS

Prorroga: NO

Fecha Inicio: 24/02/2026 **Fecha Fin:** 25/02/2026 **Fecha Expedición:**

Grupo de servicios: Atención inmediata **Modalidad de la prestación del servicio:** Intramural

Tipo de incapacidad: Otra **Dias de Incapacidad:** 2

Incapacidad retroactiva: Urgencias o internación del paciente

Diagnosticos:
PPAL: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Estado general del paciente y/o observaciones: 2 DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL DESDE EL INGRESO CON ORDEN ESTRICTA DE REPOSO

Yeison Angarita

YEISON JAVIER ANGARITA MORENO
Cedula de Ciudadania 1010077328
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Lugar Atención: HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Fecha Impresión: 24/02/2026 15:08

Nombres y apellidos: JOSE MIGUEL PALENCIA BONILLA
Fecha Nacimiento: 13/02/1981
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - BOYACA - SOATA
Lugar de Residencia: BOYACA SOATA
Zona Residencial: Rural
Tipo de población: No definido
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Escolaridad: PRIMARIA
Ocupación: EMPLEADO
Aseguradora: ARL SURA (SURATEP) / EVENTO ARL
Cita N°: 9532
Fecha Ingreso: 24/02/2026 11:44

Tipo y número de documento: CC 74433534
Correo Electrónico:
Dirección: VEREDA EL ARENAL
Barrio: RURAL
Grupo Etnico: NO APLICA
Tipo Vinculación: Beneficiario
Tipo Usuario: ARL
Especialidad: URGENCIAS
Fecha Atención: 24/02/2026 12:25

Sexo: M
Edad: 45 A 0 M 11 D 11 H 44 Min
Teléfono: 3222033778
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Estrato: REGIMEN ESPECIAL
Religión: OTRA

SISTEMA REPRODUCTOR:
NORMAL
SISTEMA OSTEOMUSCULAR:
NORMAL
SISTEMA TEGUMENTARIO:
NORMAL
ABUSO SEXUAL(SI o No):
NIEGA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 98/76 mmHg **GLAS:** 15 puntos **FC:** 60 x min **PESO:** 71 Kg **TALLA:** 176 cm **IMC:** 22.92 Kg/m2 **SUP:** 1.86 m2 **FR:** 20 x min **TEMP:** 35 °C **SAT:** 96 % **TAM:** 83.33 mmHg

IMC: De 18.6 A 24.9
INTERPRETACIÓN: PESO NORMAL Usted tiene un peso normal. Controle su peso mensualmente, incluya el consumo de frutas y verduras en su alimentación diaria y haga ejercicio de manera regular.

EXAMEN FISICO

ESTADO GENERAL
ADECUADO ESTADO GENERAL, ORIENTADO, ALERTA, AFEBRIL, ALGICO, ANICTERICO, GLASGOW 15/15
PIEL
PEQUEÑA EQUIMOSOS Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA
PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o No)
NO
CABEZA / CUELLO
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS.
CARDIOPULMONAR
SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO.
ABDOMEN
NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIGNO DE MURPHY NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO, MC BURNEY NEGATIVO, ROVSING NEGATIVO, PSOAPS NEGATIVO, TALOPERCUCION NEGATIVO, DUNPHY NEGATIVO, GIORDANO BILATERAL NEGATIVO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
GENITOURINARIO
NO EVALUADO POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGIA A ESTE NIVEL
EXTREMIDADES
SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, CON EDEMA A NIVEL DE TOBILLO Y TALON DERECHO CON PEQUEÑA EQUIMOSOS Y DOLOR A LA PALPACION LOCAL SIN TRAZOS APARENTES DE FRACTURA. MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO NORMAL
NEUROLOGICOS
ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMÉTRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.
ESTADO MENTAL
ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, EULALICO, EUPSIQUICO, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION ADECUADA, JUICIO PRESERVADO.

Sintomatico respiratorio: No **Sintomatico de Piel:** No

FORMULA MEDICA

Fecha Formulación: 24/02/2026 12:32:00 p. m. **Consecutivo:** 76364

Diagnosticos:
Diag principal: S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

Medicamento:
19953296-33 DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 3ML VIA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR 75 mg CADA Dosis Unica DURANTE 1 Dia(s)

Prescripción:
UNA AMPOLLA IM AHORA Cantidad farmacia: 1 (UNO)

Medicamento:
20019105-10 DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA 2ML VIA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR 8 mg CADA Dosis Unica DURANTE 1 Dia(s)

Prescripción:
UNA AMPOLLA IM AHORA Cantidad farmacia: 1 (UNO)

Anexo 11.
Certificado de dedicación y permanencia del recurso humano aprobado.

Bogotá D.C, 12 de marzo de 2026.

Señores:

MAIRA ALEJANDRA PICON GARCIA
CONSORCIO INTER MAP-LAR
Representante legal

REFERENCIA: DIAGNOSTICO Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE EMERGENCIA PARA MITIGAR EL RIESGO DE DAÑO Y/O COLAPSO DE PUENTES UBICADOS EN EL DEPARTAMENTO POR LA AFECTACIÓN CAUSADA POR EFECTO DE LA OLA INVERNAL, DECLARADA EN VIRTUD DEL DECRETO DE CALAMIDAD PUBLICA NO. 0522 DE 24 DE MAYO DE 2025.

Asunto**: CERTIFICACIÓN DE DEDICACIÓN Y PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO APROBADO.**

El suscrito **JORGE IVAN ARIAS FLOREZ**, en calidad de representante legal del contratista **CONSORCIO PEB – JI**, certifica que el recurso humano aprobado para la ejecución del contrato N.° 2833 de 2025 se encontró debidamente vinculado al proyecto, cumpliendo con la dedicación y permanencia establecidas contractualmente, durante el período comprendido entre el 13 de febrero del 2026 y el 12 de marzo del 2026.

La presente certificación se expidió para los fines pertinentes.

Atentamente,

JORGE IVAN ARIAS FLOREZ
C.C. 1.090.464.698 de Cúcuta
CONSORCIO PEB JI
REPRESENTANTE LEGAL