Contrato No. 10675-2025

REALIZAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE OBRA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO

INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL

TRABAJO No. 4

PERIODO
01 DE MARZO AL 31 DE MARZO DEL 2026

BOGOTÁ D.C.,

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Camilo Heredia director TH Y SST	Camilo Heredia director TH Y SST	Telmo Alexander Castillo Representante Legal

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
OBJETO DEL CONTRATO 3
LOCALIZACIÓN 4
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTRATOS 4
Contrato de Obra 4
PERSONAL ASIGNADO PARA EL PROYECTO 5
Personal del Contratista 5
Profesionales componente SST y Ambiental 7
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO 10
A continuación, se adjunta el plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo incluyendo el mes de marzo 10
Para el presente periodo se realizaron las actividades 12
SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS 13
SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD 13
SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST 15
SEGUIMIENTO AL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 18
SEGUIMIENTO AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 18
SEGUIMIENTO DE INDICADORES SGSST 18
ACCIDENTALIDAD Y ENFERMEDAD LABORAL 19
SEGUIMIENTO DE REGISTRO DE PERMISOS DE TRABAJO 20
PLAN DE EMERGENCIAS 23
SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL 24
CORRESPONDENCIA 25
Correspondencia Enviada 25
Correspondencia Recibida 25
Ver Anexo 10 25
CONTROL DE VERSIONES 25

COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INTRODUCCIÓN

El presente informe número 04, contiene una descripción de las principales labores en seguridad y salud en el trabajo realizadas en su fase contractual cuyo objetivo es "REALIZAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE OBRA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO".

Lo anterior para el periodo comprendido entre el 01 de marzo al 31 de marzo de 2026.

De acuerdo con lo antes descrito dentro del presente informe se conceptúan desde las competencias contractuales concernientes a los aspectos SST, las labores realizadas en el periodo correspondiente al desarrollo de las obras adscritas en el alcance contractual, se hacen comentarios a las actividades ejecutadas en el periodo reportado y se resume el estado del contrato de interventoría, exponiendo al final del documento las conclusiones del estado del proyecto a la fecha del reporte.

OBJETO DEL CONTRATO

"REALIZAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE OBRA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO".

LOCALIZACIÓN

El proyecto se encuentra ubicado en la ciudad de Bogotá Y SE ***REALIZARÁ*** EN LAS SIGUIENTES SEDES.

LOCALIDAD	SEDES
CIUDAD ***BOLÍVAR***	CENTRO DIA SIERRA MORENA
CIUDAD ***BOLÍVAR***	JI CPI YANAKONA
CIUDAD ***BOLÍVAR***	JI SOCIAL BUENA VISTA
CIUDAD ***BOLÍVAR***	JI SOCIAL LOS ROBLES
FONTIBÓN	JI RAFAEL POMBO
FONTIBÓN	JI SABANA GRANDE
KENNEDY	JI GRAN COLOMBIANO
KENNEDY	JI BELLA VISTA
KENNEDY	JI TINTALITO
TUNJUELITO	JI SAN BENITO
TUNJUELITO	JI RONDAS Y JUEGOS
TUNJUELITO	JI SANTA LUCIA

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTRATOS

Contrato de Obra

Objeto del Contrato	"REALIZAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE OBRA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO".
No. CONTRATO	10675-2025
NIT	902.003.595-6
Localización	Cajicá – Cundinamarca

Contratista	CONSORCIO SANTA ISABEL
Valor estimado de la obra:	$12.017.556.820
Plazo de ejecución de la etapa inicial	30 DE NOVIEMBRE DE 2027
Plazo de ejecución de la etapa de obra	N/A
Plazo total	30 DE NOVIEMBRE DE 2027
Fecha de inicio	09 DICIEMBRE 2025
Fecha de terminación	30 NOVIEMBRE 2027

Tabla 1 Datos Generales Contrato Obra

PERSONAL ASIGNADO PARA EL PROYECTO

A continuación, se relaciona el personal clave y mínimo ***propuesto por el contratista*** Consorcio Santa Isabel.

Personal del Contratista

Dando cumplimiento a nuestras obligaciones contractuales, para el periodo mencionado del presente informe se relaciona a continuación el personal profesional del Consorcio santa Isabel quienes se encuentran en proceso de aprobación por parte de la interventoría:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EXPERIENCIA	OFICIO APROBACION
Claudia Moncada	52317823	Director de Obra	(Posgrado) 10 años General y 7 Específica	792-020
Paula Geraldine Pabon Murillo	1072707772	Inspector de Obra 1	4 años General y 3 Específica	792-020
Tatiana Yury Perdomo Paladinez	1082777793	Inspector de Obra 2	4 años General y 3 Específica	792-020
Bryan Steven Bermúdez Diaz	1031169361	Inspector de Obra 3	4 años General y 3 Específica	792-020
Milton Ferney	1070012372	Profesional	4 años General y 3	792-020

Gómez Garzón		Auxiliar SST 1	Específica	
German Camilo Alfonso	80010131	Especialista Estructural	(Posgrado) 8 años General y 6 Específica	792-020
Camilo Alberto Rojas Hoyos	80826823	Especialista en Redes Húmedas	(Posgrado) 8 años General y 6 Específica	792-020
Ruben Darío Giron Castillo	74860596	Profesional Ambiental y Forestal	6 años General y 4 Específica	792-020
Felipe Andres Castillo Manrique	1072706210	Especialista en Control de Programación y Presupuestos	(Posgrado) 8 años General y 6 Específica	792-020
Johanna Pilar Ñustes	40432072	Residente de Obra 1	6 años General y 4 Específica	792-020
Isaias Camilo Heredia Zambrano	1026276399	Profesional SG-SST Coordinador de alturas	6 años General y 4 Específica	792-020
Luis Alfredo Rodríguez alemán	1010203440	Inspector de Obra 4	4 años General y 3 Específica	792-020
Luz Mery Giraldo	39797563	Profesional Auxiliar SST 2	4 años General y 3 Específica	792-077
Eliana Marcela Giraldo Caldamil	1053787676	Gestor Social	6 años General y 4 Específica	792-020
Steven Fabian Moreno Bermúdez	1026569128	Especialista en Redes Secas	(Posgrado) 8 años General y 6 Específica	792-020

Tabla 2 Relación Hojas de Vida Contractuales Obra

Profesionales componente SST y Ambiental

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EXPERIENCIA
Isaias Camilo Heredia Zambrano	**1026276399**	Profesional SG-SST Coordinador de alturas	6 años General y 4 Específica
Ruben Darío Giron Castillo	**74860596**	Profesional Ambiental y Forestal	6 años General y 4 Específica
Milton Ferney Gómez Garzón	**1070012372**	Profesional Auxiliar SST 1	4 años General y 3 Específica
Luz Mery Giraldo	**39797563**	Profesional Auxiliar SST 2	4 años General y 3 Específica

Tabla 3 Relación Personal SST y Ambiental

En cumplimiento para el bimestre de enero y febrero de las OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA, sección 3.2.2, del contrato de obra N.º 10675-2025, se hace entrega de las evidencias que dan prueba al cumplimiento de las obligaciones referenciadas en el numeral 3.2.2 en donde se solicita lo siguiente:

8. Vincular y mantener un mínimo de mujeres para la ejecución del contrato, según las disposiciones del Decreto 332 de 2020, modificado por el Decreto Distrital 634 de 2023, por el cual la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., establece medidas afirmativas para promover la participación de las mujeres en la contratación del Distrito Capital, garantizando una vinculación con plena observancia de las normas laborales o contractuales aplicables. El contratista deberá presentar a la SDIS los documentos necesarios para corroborar la contratación de las mujeres durante el periodo de ejecución del contrato en los porcentajes indicados, para lo cual será válida la manifestación semestral bajo juramento del Representante legal y del Revisor Fiscal del contratista, sin perjuicio de otros mecanismos de verificación que establezca la supervisión. Cuando el contratista en la etapa de ejecución del contrato, no vinculen o no mantengan el porcentaje mínimo de mujeres establecido en el contrato, podrán ser objeto de las multas, sanciones y demás consecuencias previstas por el incumplimiento contractual, según lo establezcan las cláusulas sancionatorias pactadas y las normas aplicables.

9. Garantizar el registro de las mujeres que potencialmente serán contratadas para la ejecución del contrato cumplimiento del Decreto 332 de 2020, modificado por el Decreto Distrital 634 de 2023, en la plataforma de información que disponga la Agencia Pública de Empleo del Distrito "Bogotá Trabaja", con el fin de identificar barreras de empleo de las beneficiarias, y realizar su respectivo perfilamiento laboral.

El consorcio Santa Isabel dando cumplimiento a este ítem generó la vinculación de personal femenino en diferentes funciones tanto a nivel administrativo como operativo; de acuerdo a esto se da un cumplimiento a un promedio aproximado en obra de 104 personas que 15 de estos cargos fueron ocupados por personal femenino dando como cumplimiento en un porcentaje del 14.42%

PROMEDIO PERSONAL EN OBRA	% PERSONAL	N° PERSONAS QUE APLICAN	% DE CUMPLIMIENTO
109 PERSONAS	100%	15 PERSONAS	13.76%

10. Vincular para la ejecución del contrato, como personal no calificado, un porcentaje mínimo del diez por ciento (10%) de personas naturales pertenecientes a población marginada o en condición de vulnerabilidad, y personas pertenecientes a poblaciones protegidas constitucionalmente en condición de desplazamiento o acogidas al Programa de Desmovilización, Reintegración y Normalización impulsado por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización del Gobierno Nacional. La vinculación deberá realizarse con pleno cumplimiento de las normas laborales y contractuales aplicables, conforme a lo dispuesto en la Directiva Distrital No. 001 de 2011, modificada por la Directiva Distrital No. 018 de 2011, y en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1860 de 2021. El contratista deberá entregar a la Interventoría un reporte semestral, como anexo del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), en el que se relacione el cumplimiento de esta obligación, sin perjuicio de otros mecanismos de verificación que establezca la supervisión del contrato. Cuando el contratista en la etapa de ejecución del contrato no vincule o no mantengan el porcentaje mínimo establecido en el contrato, podrán ser objeto de las multas, sanciones y demás consecuencias previstas por el incumplimiento contractual, según lo establezcan las cláusulas sancionatorias pactadas y las normas aplicables.

De acuerdo con estas obligaciones, el CONSORCIO SAN ISABEL generó la convocatoria desde el inicio del proyecto a las personas que hacen parte de esta población vulnerable y/o de minorías a nivel local a través de panfletos y entrega de publicidad, como resultado de esta se logró hacer la vinculación de UNA (1) personas de género masculino quienes ocuparon el cargo de ayudante de obra, esta persona es:

- Luis Armando Reyes Zambrano con CC 80946387

Esta persona de acuerdo con el total del personal en obra representa al 1.25% de cumplimiento,

teniendo en cuenta esto se generaron actividades para vincular más personas en condición de vulnerabilidad más sin embargo hasta la fecha no se ha hecho más vinculaciones.

A continuación, se relaciona el personal perteneciente a los subcontratistas activos en el proyecto:

Personal Ingresos	Personal Rotativo	Personal Retirado Antiguo	Ingreso Retiro	Personal Antiguo	Personal Activo
9	0	4	0	100	109

Tabla 4 Trazabilidad Personal de Obra

Para realizar la verificación del listado del personal en obra y a que contratista corresponde se debe remitir al anexo 02 en el Excel REPORTE PERSONAL CONSORCIO SANTA ISABEL.

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	*VERSIÓN: 00*
	INFORME	*FECHA: 01/11/2025*

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO

A continuación, se adjunta el plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo incluyendo el mes de abril.

N°	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	ENE		FEB		MAR		ABR	
				P	E	P	E	P	E	P	E
SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO											
1	1.1.1 Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	Propios	Director TH y SST								
2	2.3.1 Evaluación e identificación de prioridades	Propios	Director TH y SST								
3	3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud	Propios	Director TH y SST			1	1				
4	4.1.1 Metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	Propios	Director TH y SST								
6	1.2.1 Programa Capacitación Promoción y Prevención P y P	Propios	Director TH y SST								
7	1.2.3 Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST con curso virtual de 50 horas	Propios	Director TH y SST								
8	6.1.1 Definición de indicadores del SG-SST de acuerdo condiciones de la empresa	Propios	Director TH y SST								
9	2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG - SST	Propios	Director TH y SST								
10	2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST					1	1		
11	2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST			1	1				
12	2.9.1 Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST			1	1				
13	2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratistas	Propios	Director TH y SST	1	1						
14	2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en	Propios	Director TH y SST								
15	4.2.3 Elaboración de procedimientos, instructivos, fichas, protocolos	Propios	Director TH y SST	1	1						
	3.3.1 Medición de la frecuencia de la										

18	3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidentes de Trabajo	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1	
19	3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1	
20	3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1	
21	4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos.	Propios	Director TH y SST								
26	7.1.5 Evaluacion de proveedores y contatistas	Propios	Director TH y SST								
27	Actualizar politicas del SGSST	Propios	Director TH y SST								
28	Actualizar objetivos del SGSST	Propios	Director TH y SST								
29	Validar Planillas de Seguridad Social	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1	
30	Induccion General y/o Reinduccion General al ingreso a la compañía, contiene en cumplimento del contenido de plan anual: - Socializacion de las responsabilidades en el Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo - Socializacion relgamento de Higiene y Seguridad Industrial y Reglamento Interno de Trabajo - Socializar recomendaciones médico laborales a funcionarios	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1		
31	Seguimiento al reporte de actos y condiciones inseguras	Propios	COPASSST SST					1	1		
32	Revisión y actualización de matriz de Identificación de Peligros y Valoración del Riesgo	ARL	Director TH y SST								
33	Encuesta de valoracion de riesgos y peligros	Propios	Director TH y SST			1	1				
34	Elaboracion de matriz legal	ARL	Director TH y SST								
35	programa de inspecciones (cronograma y listas de chequeo para inspección)	Propios	Director TH y SST								
36	Revision Botiquines (dotación)	Propios	Director TH y SST			1	1				
37	Mediciones ambientales (ruido, material particulado, ruido)	Propios	Director TH y SST								

Tabla 5 Actividades ejecutadas por contratista

ver anexo 3

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	***VERSIÓN: 00***
	INFORME	***FECHA: 01/11/2025***

Para el presente periodo se realizaron las actividades:

ACTIVIDADES PROGRAMADAS PRESENTE PERIODO	***ESTADO DE LAS ACTIVIDADES***
Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	Se genera la firma de asignación de responsabilidades por parte de la persona seleccionada para tal cargo
Evaluación y selección de proveedores y contratistas	Se realiza seguimiento y control a proveedores y contratistas
Elaboración de procedimientos, instructivos, fichas, protocolos	Se establecen los procedimientos, instructivos, fichas y protocolos requeridos para el desarrollo de las actividades del consorcio SANTA ISABEL
Medición de Indicadores	Se lleva el control de indicadores para registrar la ejecución del SG-SST del consorcio SANTA ISABEL
Nombramiento de Vigías en Seguridad y Salud en el Trabajo	Se genera la selección de los vigías en seguridad y salud en el trabajo.
Realización de exámenes médicos de acuerdo	Todo el personal de reciente ingreso se realizó exámenes médicos de acuerdo con el profesiograma.
Revisión de afiliaciones al sistema general de seguridad social	Todas la afiliaciones y seguridad social fueron revisadas por el contratista e interventoría
Envió de documentación para previa revisión y aprobación por parte de la interventoría	Todos los trabajadores que ingresaron fueron revisados y autorizados por el contratista e interventoría
Inducciones del personal de reciente ingreso	Todas personas que ingresaron en el periodo tuvieron inducción, notificación de riesgos y fueron evaluadas
Entrega de dotación a personal nuevo	Se hizo entrega de dotación y EPP a personal operativo y administrativo
Inspecciones, ATS, permisos de trabajo	Para las actividades críticas se liberaron permiso de trabajo, se generaron ATS para actividades de obra y se hicieron las inspecciones establecidas en el cronograma de inspecciones.
Charlas diarias	Se realizaron actividades charlas diarias de acuerdo con el cronograma ofertado.
Instalación de señalización de obra	Se estableció la señalización informativa frentes de obra intervenidos, demarcación zonas de exclusión actividades de alto riesgo.
Liberación de ATS y permisos de trabajo para las actividades que lo requieran	Se realizan los ATS y los Permisos de trabajo para las actividades que requerían estos documentos.

Tabla 6 Plan de trabajo Ver Anexo 3

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS

En cumplimiento a las obligaciones derivadas del CONTRATO y frente a lo establecido en el documento APÉNDICE Establecer medidas de prevención soportadas en la metodología de la norma GTC-45 para la identificación de peligros y valoración de riesgos. Esto permitirá establecer los riesgos en SST asociados a las actividades específicas del proyecto para definir controles efectivos para proteger la salud y promover la seguridad del personal involucrado."

-

SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD

Durante el período comprendido del presente informe, el Consorcio Santa Isabel llevó a cabo inspecciones de seguridad, las cuales se resumen a continuación;

FECHA	TIPO DE *INSPECCIÓN*	FRENTE DE TRABAJO	HALLAZGO	CIERRE
09-03-2026	seguridad y salud -pulidora -taladro eléctrico -túper industrial.	JARDIN INFANTIL YANACONA	NA	14-03-2026
02-03-2026 09-03-2026	seguridad y salud -escalera -andamio	JARDIN INFANTIL SAN BENITO	NA	15-03-2026
09-03-2026	seguridad y salud -epps -soldadura -taladro -tronzadora -escalera	JARDIN INFANTIL ROBLES	NA	14-03-2026

12/03/2026	seguridad y salud	JARDIN INFANTIL RAFAEL POMBO	N/A	- EPP - EPCC - PLUMA - TALADRO Y PULIDORA
01/03/2026	Seguridad y salud	JARDIN INFANTIL TINTALITO	N/A	- EPCC - TALADRO Y PULIDORA
01/03/2026	Seguridad y salud	JARDIN INFANTIL GRANCOLOMBIANO	N/A	- Motosierra - Mezcladora / Trompo

Tabla 7 Inspecciones realizadas Ver Anexo 9



Jornada de Orden y Aseo



Jornada de Orden y Aseo

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 00
	INFORME	FECHA: 01/11/2025

SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST

Durante el periodo se realizaron las inducciones y notificaciones de riesgos. Teniendo en cuenta que el inicio de las actividades en campo lo que incluyó la vinculación del personal tanto contractual como contratista, para el mes de enero se realizaron exclusivamente las inducciones, se espera para el mes de febrero de acuerdo con lo programado realizar lo relacionado a continuación:

ACTIVIDADES/TEMAS	TIPO
Autocuidado y Pausas activas	*CAMPAÑA*
Capacitación en manejo manual de cargas e higiene postural en área operativa	*CAPACITACIÓN*



Autocuidado y Pausas activas



Pausas activas BUEN USO ELEMENTOS DE PROTECCION.

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	*VERSIÓN: 00*
	INFORME	*FECHA: 01/11/2025*

SEDES	TEMAS
Sierra Morena	- *ERGONOMICO y Pausas activas BUEN USO ELEMENTOS DE PROTECCION.*
Buenavista	*NA*
Robles	*MANEJO DE RUIDO EN EL SITIO DE TRABAJO*
Rondas y Juegos	- **USO ADCUADO DE EPPS Y EPCC**

Yanacona	USO DE HERRAMIENTAS MANUALES
San Benito	- USO ADECUADO DE EPPS Y EPCC
Santa Lucia	NA
Rafael Pombo	- Consumo de sustancias psicoactivas y cigarrillo - Condiciones de salud y pausas activas mentales - Cuidados de la salud
Tintalito	- Consumo de sustancias psicoactivas y cigarrillo
Sabana grande	- Uso adecuado de epp
Gran colombiano	- Uso de extensiones y herramientas eléctricas - Levantamiento adecuado de cargas

Ver Anexo 4

SEGUIMIENTO AL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Para dar cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986, y en legalidad y satisfacción a la reglamentación dispuesta, el consorcio Santa Isabel cuenta con vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST.

Conforme a lo anterior y teniendo en cuenta que el consorcio Santa Isabel cuenta aún con un número menor a 10 trabajadores (8 en total) en el periodo de este informe se vincula el COPASST de una de las empresas consorciadas en cargada del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que es la empresa PROTELCA S.A, el registro de estos documentos es en el anexo correspondiente.

Ver Anexo 12

SEGUIMIENTO AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Para dar cumplimiento a la Resolución 3461 de 2025, y en legalidad y satisfacción a la reglamentación dispuesta, el consorcio conformará y realizará como mínimo una (1) reunión mensual del comité de Convivencia Laboral - CCL.

Conforme a lo anterior y teniendo en cuenta que el consorcio Santa Isabel cuenta aún con un número menor a 10 trabajadores (8 en total) en el periodo de este informe se vincula el COCOLAB de una de las empresas consorciadas en cargada del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que es la empresa PROTELCA S.A, el registro de estos documentos es en el anexo correspondiente.

Ver Anexo 12

SEGUIMIENTO DE INDICADORES SGSST

Teniendo en cuenta las obligaciones contractuales en materia de seguridad y salud en el trabajo, a continuación, se detallan los indicadores establecidos en la Resolución 0312 de 2019 por parte de la Consorcio Santa Isabel, con su respectivo resultado de seguimiento y medición del periodo correspondiente al mes de marzo de 2026.

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	***VERSIÓN: 00***
	INFORME	***FECHA: 01/11/2025***

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTION EN SST	NOMBRE DE INDICADOR	FORMULA	META 2026	PERIODO O FRECUENCIA	ene-25	feb-25	mar-25
Prevenir los riesgos laborales, lesiones, dolencias, enfermedades, accidentes e incidentes relacionados con el trabajo de todos los miembros de la organización.	Frecuencia de accidente de trabajo	(N° de AT en el mes / N° de trabajadores en el mes) * 100	10,00	MENSUAL	0,00	1,08	0,00
	Severidad de accidentalidad	(N° de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + N° de días cargados en el mes / N° de trabajadores en el mes) * 100	15,00	MENSUAL	0,00	30,00	0,00
	Proporción de Accidentes mortales	(N° de AT mortales que se presentaron en el año / Total de AT que se presentaron en el año) * 100	<5%	TRIMESTRAL	0	0	0
	Prevalencia de enfermedad laboral	(N° de casos nuevos y antiguos de EL en el año / Promedio de trabajadores en el año) * 100.000	<20%	TRIMESTRAL	0	0	0
	Incidencia de enfermedad laboral	(N° de casos nuevos de Enfermedad Laboral en el año / Promedio de trabajadores en el año) * 100.000	<20%	TRIMESTRAL	0	0	0
	Ausentismo por causa medica	(N° de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el periodo / N° total de días de trabajo en el periodo) * 100	<20	MENSUAL	0,00	0,00	0,01
Establecer mecanismos que promuevan la consulta y participación de los trabajadores y sus representantes en materia de seguridad y salud en el trabajo, asi como **promover** la sensibilización y conciencia por la seguridad y Salud en el trabajo median la implementación de programaas de capacitacion a trabajadores	Cobertura de capacitaciones	(Número de personas cubiertas en formación ejecutadas / número total de personas PROGRAMADAS) x 100	>70%	ANUAL	0%	100%	0%
	Cumplimeintos de capacitaciones	(Número de Ejecutados en el peridodo / número total de capacitacion programadas) x 100	80%	ANUAL	0%	100%	0%
	Cobertura en programa de	(Número de personas cubiertas en formación	90%	MENSUAL	100%	100%	0%

	inducción y reinducción	ejecutadas / número total de personas) x 100					

Tabla 8 Seguimiento de Indicadores

ACCIDENTALIDAD Y ENFERMEDAD LABORAL

Durante el periodo comprendido del presente informe NO SE PRESENTA NINGÚN ACCIDENTE DE ORIGEN LABORAL NI TAMPOCO INCAPACIDADES PRODUCTO DE ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL.

Teniendo en cuenta que en el periodo pasado se presentó un accidente laboral en el cual un trabajador se vio implicado, el CONSORCIO SANTA ISABEL junto con el subcontratista adoptó medidas preventivas para mitigar los riesgos en las tareas de alto riesgo, de igual manera se reforzó la revisión de EPP Y EPCC, los cuales ayudan a preservar la integridad física de todos y cada uno de nuestros trabajadores.

Se ejecutaron diferentes actividades como acciones correctivas para evitar que se repita tal situación que desencadenó el accidente.

Ver Anexo 06

INFORME DE ACTIVIDADES

Post-Accidente de Trabajo

Caída en Alturas — Obra Jardín Infantil Tintalito, Bogotá

Proyecto	Obras Jardín Infantil Tintalito
Sede(s)	Cra. 88A #42F-25 Bogotá
Tipo de evento	Accidente de trabajo — Caída en alturas (~3 m)
Trabajador accidentado	Javier Alfonso Castro
Fecha del accidente	13 de febrero de 2026
Elaborado por	Nicolas Escudero – Santiago Salazar O
Fecha de elaboración	26 de marzo de 2026
Versión	

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

.

SEGUIMIENTO DE REGISTRO DE PERMISOS DE TRABAJO

Con el fin de identificar, valorar y establecer las medidas de control necesarias sobre las condiciones potencialmente peligrosas, se implementó el uso de los permisos para trabajos considerados de alto riesgo y ATS, los cuales definen las precauciones que se deben tomar antes, durante y después de la realización del trabajo, en donde estos serán diligenciados y avalados por el personal SST y técnico del contratista.

Para el periodo evaluado, se contó con los siguientes permisos de trabajo;

CONTRATISTA	TIPO DE PERMISO	SEDE	FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE
VENTANAS Y CRISTALES SAS	ATS - RETIRO DE RAIZ	GRAN COLOMBIANO	07/03/2026	08/03/2026
VENTANAS Y CRISTALES SAS	ATS - FUNDIDA DE CARCAMO	GRAN COLOMBIANO	09/03/2026	14/03/2026
VENTANAS Y CRISTALES SAS	ATS - NIVELACION DE TERRENO	GRAN COLOMBIANO	16/03/2026	21/02/2026
ANTONIO CELY	ATS - CERRAMIENTO PERIMETRAL	TINTALITO	16/03/2026	22/03/2026
LUIS MURCIA	Permiso en alturas	YANACONA	05-03-2026	05-03-2026

LUIS MURCIA	TRABAJO EN CALIENTE SOLDADORA	YANACONA	05-03-2026	05-03-2026
NORBEY OVALLE	PERMISO EN ALTURAS	ROBLES	09-03-2026	11-03-2026
NORBEY OVALLE	TRABAJO EN CALIENTE SOLDADORA	ROBLES	09-03-2026	11-03-2026
NORBEY OVALLE	USO DE PULIDORA CORTADORA DE CEMENTO.	SIERRA ORENA	09-03-2026	11-03-2026
ARNOLDO PRADA	TRABAJO EN ALTURAS	SAN BEN ITO	02-03-2026	08-03-2026
ARNOLDO PRADA	TRABAJO EN ALTURAS	RONDAS Y JUEGOS	09-03-2026	15-03-2026

Tabla 9 Seguimiento Permisos de Trabajo

Ver Anexo 10

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN: 00
	INFORME	FECHA: 01/11/2025

	
Apertura de Permisos alturas 09-03-2026	Apertura de Permisos alturas .02-03-2026

	CONSORCIO SANTA ISABEL	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	*VERSIÓN: 00*
	INFORME	*FECHA: 01/11/2025*

PLAN DE EMERGENCIAS

Nuestra organización desarrollará actividades dentro de instalaciones ajenas a nuestra empresa, por lo que los planes de emergencia a utilizar serán los de dichas sedes, por lo que se suscribirá el acta de ayuda mutua a fin de someternos al plan de emergencia de cada sede. Para nuestro control y correcta atención en caso de una emergencia se realiza el inventario de los recursos disponibles;

SEDE	ELEMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	ESTADO	UBICACIÓN
SABANA GRANDE	2 BOTIQUÍN - 2 CAMILLAS - 3 EXTINTORES - 1 PUNTO DE ENCUENTRO - 1 RED CONTRA INCENDIOS	BUENO	OFICINA - SUBCONTRATISTA - PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORES
RAFAEL POMBO	2 BOTIQUÍN - 2 CAMILLAS - 3 EXTINTORES - 1 PUNTO DE ENCUENTRO - 1 RED CONTRA INCENDIOS	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORES - SUBCONTRATISTA
TINTALITO	2 BOTIQUÍN - 2 CAMILLAS - 3 EXTINTORES - 1 PUNTO DE ENCUENTRO - 1 RED CONTRA INCENDIOS	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORES - SUBCONTRATISTA
GRAN COLOMBIANO	2 BOTIQUÍN - 2 CAMILLAS - 3 EXTINTORES - 1 PUNTO DE	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORE

	ENCUENTRO - 1 RED CONTRA INCENDIOS		S - SUBCONTRA TISTA
JARDIN YANACONA	1 EXTINTOR MULTIPROPO SITO 1 CAMILLA 1 BOTIQUÍN 1 PUNTO ENCUENTRO	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORE S - SUBCONTRA TISTA
JARDIN LOS ROBLES	5 EXTINTOR MULTIPROPO SITO 2 CAMILLAS 1 BOTIQUÍN TIPO B 2 PUNTOS DE ENCUENTRO	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORE S - SUBCONTRA TISTA
CENTRO SIERRA MORENA	2 EXTINTORES MULTIPROPO SITO 1 CAMILLA 1 BOTIQUÍN TIPO B 1 PUNTO ENCUENTRO	BUENO	PORTERÍA PRINCIPAL - ENFERMERIA - CORREDORE S - SUBCONTRA TISTA

Tabla 10 Inventario de Elementos de Emergencia

SEGUIMIENTO SEGURIDAD SOCIAL

No.	CONTRATISTA	No. TRABAJADORES	PLANILLA	FECHA LÍMITE DE PAGO	FECHA DE PAGO
1	ANTONIO CELY	23	9501320805	13/03/2026	11/03/2026
2	JGR CONSTRUCCIONES SAS	17	66751114		11/03/2026
3	PAAA SAS	14			
4	SP CONSTRUCCIONES	15	9501333262	11/03/2026	11/03/2026

5	LUIS HERRERA ACABADOS	4	1080539627		17/03/2026
6	VENTANAS Y CRISTALES	9	67845582		16/03/2026

. *Tabla 11 Seguimiento Seguridad Social*

Ver Anexo 1

CORRESPONDENCIA

Correspondencia Enviada

FECHA	No. OFICIO	DESTINATARIO	ASUNTO
05/03/2026	*Consorcio-Obra-0043-03-2026*	*Interventoría/sdis*	*Remisión Listado personal Consorcio Santa Isabel y Subcontratistas Actualizado*
14/03/2026	*Consorcio-SI-Obra-0050-03-2026*	*Interventoría/sdis*	*Remisión Listado personal Consorcio Santa Isabel y Subcontratistas Actualizado*
17/03/2026	*Consorcio-SI-Obra-0051-03-2026*	*Interventoría/sdis*	*Respuesta a oficio de interventoría 792-097 observaciones informe mensual sst v1.*
18/03/2026	*Consorcio-SI-Obra-0051-03-2026*	*Interventoría/sdis*	*Remisión Listado personal Consorcio Santa Isabel y Subcontratistas Actualizado*
18/03/2026	*Consorcio-SI-Obra-0052-03-2026*	*Interventoría/sdis*	*Respuesta Oficio Llamado de atención investigación de at*

. *Tabla 12 Correspondencia Enviada*

Correspondencia Recibida

FECHA	No. OFICIO	DESTINATARIO	ASUNTO

Tabla 13 Correspondencia Recibida

Ver Anexo 9

CONTROL DE VERSIONES

VERSIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
01	06/04/2026	Creación del Documento
02	22/04/2026	Modificación correcciones

ANEXOS

1. SEGURIDAD SOCIAL

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 901234560	6	ANTONIO CELY SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CLL 49B SUR N 9A-94 T3 AP 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4778564	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	131655760	9501320805	E	2026/03/13	2026/03/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$15,377,200

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (42 Afiliados)																						$50,250,974	$8,042,000			$52,001,879	$2,082,300			$52,001,879	$2,082,300			$52,001,879		$3,170,600		$0	$0		$15,377,200
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (4 Afiliados)																						$5,252,715	$840,600			$7,003,620	$280,400			$7,003,620	$280,400			$7,003,620		$36,800		$0	$0		$1,438,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																						$5,252,715	$840,600			$7,003,620	$280,400			$7,003,620	$280,400			$7,003,620		$36,800		$0	$0		$1,438,200
1	CC	1013658459	CELY ANDRI																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
2	CC	41595877	CUTIVA SABINA																		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$149,400
3	CC	52371798	ROA DIANA																	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,600
4	CC	1024569448	ROJAS JENNIFER																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	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: OBRA (38 Afiliados)																						$44,998,259	$7,201,400			$44,998,259	$1,801,900			$44,998,259	$1,801,900			$44,998,259		$3,133,800		$0	$0		$13,939,000

Planilla Resumen

Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (38 Afiliados)								$44,998,259	$7,201,400			$44,998,259	$1,801,900			$44,998,259	$1,801,900			$44,998,259		$3,133,800		$0	$0		$13,939,000
5	CC	1001879604	ACOSTA JOEL			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
6	CC	1005660360	BANQUEZ ALBERTO		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS005	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
7	CC	1012351270	BARBOSA MILTON			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
8	CC	79912644	CAGUA JOSE		X	25-14	27	$1,575,815	$252,200	EPSC34	27	$1,575,815	$63,100	CCF22	27	$1,575,815	$63,100	14-11	27	$1,575,815	6.960%	$109,700	27	$0	$0	Si	$488,100
9	CC	1001273553	CANO JHON		X	230201	2	$116,727	$18,700	EPS017	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
10	CC	7630373	CASTRO JAVIER			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
11	CC	79641295	CELY ANTONIO			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
12	CC	1013670597	CELY KEVIN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
13	CC	1072428770	CIFUENTES KEVIN			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
14	CC	1006733358	CORAL RIBALDO		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPSIC5	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
15	CC	1193619423	CUESTA DEIBER		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
16	CC	80902444	CUTIVA JOHN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
17	CC	1013623103	CUTIVA JUAN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
18	CC	1123690177	DAVILA WILSON		X	25-14	2	$116,727	$18,700	EPS037	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
19	CC	88256215	GALVIS LUIS		X	230201	2	$116,727	$18,700	EPS041	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
20	CC	1033734575	GARAVITO JOSE			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
21	CC	1024530680	GARCIA GIOVANNY			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
22	CC	10118228	GOMEZ PASTOR			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
23	CC	1000776417	GONZALEZ KEVIN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
24	CC	1004377084	GONZALEZ YEIMIS	X		230301	28	$1,634,178	$261,500	EPS002	28	$1,634,178	$65,400	CCF22	28	$1,634,178	$65,400	14-11	28	$1,634,178	6.960%	$113,800	28	$0	$0	Si	$506,100
25	CC	1024520019	GUTIERREZ JHON			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
26	CC	1121222444	JOYA HECTOR		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS037	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
27	CC	1082985273	LABASTIDAS ALDAIR			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
28	CC	1100399086	MALAVER CRISTIAN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
29	CC	1007981375	MARICHAL JUNIOR			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
30	CC	71241033	MARIN WILLIAM			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
31	CC	1143246044	MATUTE CARLOS		X	230201	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
32	CC	13199810	MEDINA ISIDRO		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS037	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
33	CC	94230796	MORANO CARLOS		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS037	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
34	CC	80130918	PACASUCA CARLOS			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
35	CC	1000248673	PACHECO JEISON			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
36	CC	1000972920	PACHECO JOSE			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
37	CC	1064117059	PERALTA CARLOS		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
38	CC	1072961513	PINZON EDUIN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
39	CC	1027523195	RODRIGUEZ JEFERSSON			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
40	CC	79850859	ROSSO JHON		X	230301	2	$116,727	$18,700	EPS041	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
41	CC	1007106916	SANABRIA JUAN		X	25-14	2	$116,727	$18,700	EPS005	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
42	CC	1010214727	UIZA JUAN			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

aportes en línea

Planilla Resumen

Total	**Afiliados(42)**		$50,250,974	$8,042,000			$52,001,879	$2,082,300			$52,001,879	$2,082,300			$52,001,879		$3,170,600		$0	$0		$15,377,200

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				41	$8,042,000	$0	$0	$8,042,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$289,600	$0	$0	$289,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	27	$5,454,700	$0	$0	$5,454,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	10	$2,017,500	$0	$0	$2,017,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$3,170,600	$0	$0	$3,170,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	42	$3,170,600	$0	$0	$3,170,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				42	$2,082,300	$0	$0	$2,082,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	42	$2,082,300	$0	$0	$2,082,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				42	$2,082,300	$0	$0	$2,082,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	3	$203,300	$0	$0	$203,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$140,200	$0	$0	$140,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$210,300	$0	$0	$210,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$215,000	$0	$0	$215,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	1	$4,700	$0	$0	$4,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	8	$299,200	$0	$0	$299,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	$79,500	$0	$0	$79,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	14	$780,500	$0	$0	$780,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$149,600	$0	$0	$149,600
TOTAL				42	$15,377,200	$0	$0	$15,377,200

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA identificado(a) con NI 830037322 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDRES FELIPE CASTILLO MANRIQUE identificado(a) con CC 1072706210

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855729	202256483	E	2026-04-07	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$3,900,000	4%	$156,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	16%	$624,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																		$0	0%	$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																		$0	0%	$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	6.96%	$271,500
9501855729	202256483	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:07.

Certificado de Aportes

Se certifica que ANDRES FELIPE CASTILLO MANRIQUE identificado(a) con CC 1072706210 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA NI 830037322

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855729	202256483	E	2026-04-07	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$3,900,000	4%	$156,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	16%	$624,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	6.96%	$271,500
9501855729	202256483	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-07 a las 09:04.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA identificado(a) con NI 830037322 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para CAMILO ISAIAS HEREDIA ZAMBRANO identificado(a) con CC 1026276399

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9502748379	202266583	E	2026-04-07	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$2,518,239	4%	$100,800
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	16%	$403,000
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																		$2,518,239		$0
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																		$2,518,239		$0
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																		$0	0%	$0
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																		$0	0%	$0
9502748379	202266583	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	6.96%	$175,300
9502748379	202266583	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	4%	$100,800

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:04.

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ISAIAS HEREDIA ZAMBRANO identificado(a) con CC 1026276399 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA NI 830037322

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9502748379	202266583	E	2026-04-07	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$2,518,239	4%	$100,800
9502748379	202266583	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	16%	$403,000
9502748379	202266583	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	6.96%	$175,300
9502748379	202266583	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,518,239	4%	$100,800

Este certificado se expide el día 2026-04-07 a las 09:04.

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 902003595	6	CONSORCIO SANTA ISABEL	A - 200 O MAS COTIZANTES	SANTA ISABEL	CRA 5 11D 221 SUR	CAJICA-CUNDINAMARCA	8151545	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	137010136	9501409061	E	2026/03/24	2026/03/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,860,100

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	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1030696291	ARCILA MARIA																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
2	CC	80211430	AYURE JUAN	X	X															X	231001	13	$1,083,334	$173,400	EPS001	13	$1,083,334	$43,400	CCF24	13	$1,128,473	$45,200	14-7	13	$1,083,334	$75,500	13	$0	$0	Si	$337,500
3	CC	39797563	GIRALDO LUZ	X																	25-14	21	$1,575,000	$252,000	EPS005	21	$1,575,000	$63,000	CCF24	21	$1,575,000	$63,000	14-7	21	$1,575,000	$109,700	21	$0	$0	Si	$487,700
4	CC	1070012372	GOMEZ MILTON																		230301	30	$2,250,000	$360,000	EPS037	30	$2,250,000	$90,000	CCF24	30	$2,250,000	$90,000	14-7	30	$2,250,000	$156,600	30	$0	$0	Si	$696,600
5	CC	1069720530	GRACIA IVAN		X																230301	1	$75,000	$12,000	EPS008	1	$75,000	$3,000	CCF24	1	$75,000	$3,000	14-7	1	$75,000	$5,300	1	$0	$0	Si	$23,300
6	CC	52317823	MONCADA CLAUDIA																		25-14	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF24	30	$5,000,000	$200,000	14-7	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0	Si	$1,548,000
7	CC	40432072	NUSTES JOHANNA																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
8	CC	1016002092	RODRIGUEZ WILSON	X																	25-14	29	$3,866,667	$618,700	EPS017	29	$3,866,667	$154,700	CCF24	29	$3,866,667	$154,700	14-7	29	$3,866,667	$269,200	29	$0	$0	Si	$1,197,300
9	CC	1000326339	VARGAS SEBASTIAN																		230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
Total	**Afiliados(9)**																						$22,150,001	$3,544,100			$22,150,001	$886,100			$22,195,140	$887,900			$22,150,001	$1,542,000		$0	$0		$6,860,100

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 902003595	6	CONSORCIO SANTA ISABEL	A - 200 O MAS COTIZANTES	SANTA ISABEL	CRA 5 11D 221 SUR	CAJICA-CUNDINAMARCA	8151545	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	137010136	9501409061	E	2026/03/24	2026/03/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,860,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				9	$3,544,100	$0	$0	$3,544,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$173,400	$0	$0	$173,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,670,700	$0	$0	$1,670,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$1,012,000	$0	$0	$1,012,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$688,000	$0	$0	$688,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$1,542,000	$0	$0	$1,542,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	9	$1,542,000	$0	$0	$1,542,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$887,900	$0	$0	$887,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	9	$887,900	$0	$0	$887,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				9	$886,100	$0	$0	$886,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$43,400	$0	$0	$43,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$3,000	$0	$0	$3,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$154,700	$0	$0	$154,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$90,000	$0	$0	$90,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$100,000	$0	$0	$100,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$495,000	$0	$0	$495,000
TOTAL				**9**	**$6,860,100**	**$0**	**$0**	**$6,860,100**

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO SAN VICENTE identificado(a) con NI 901785549 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para PAULA GERALDINE PABON MURILLO identificado(a) con CC 1072707772

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501416497	137374922	E	2026-03-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30	X																$3,900,000	4%	$156,000
9501416497	137374922	E	2026-03-13	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30	X																$3,900,000	16%	$624,000
9501416497	137374922	E	2026-03-13	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-02	30	X																$3,900,000		$0
9501416497	137374922	E	2026-03-13	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-02	30	X																$3,900,000		$0
9501416497	137374922	E	2026-03-13	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-02	30	X																$0	0%	$0
9501416497	137374922	E	2026-03-13	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-02	30	X																$0	0%	$0
9501416497	137374922	E	2026-03-13	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30	X																$3,900,000	6.96%	$271,500
9501416497	137374922	E	2026-03-13	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30	X																$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-07 a las 10:08.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO SAN VICENTE identificado(a) con NI 901785549 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para PAULA GERALDINE PABON MURILLO identificado(a) con CC 1072707772

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9502941440	212003278	E	2026-04-10	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$3,900,000	4%	$156,000
9502941440	212003278	E	2026-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	16%	$624,000
9502941440	212003278	E	2026-04-10	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9502941440	212003278	E	2026-04-10	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9502941440	212003278	E	2026-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																		$0	0%	$0
9502941440	212003278	E	2026-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																		$0	0%	$0
9502941440	212003278	E	2026-04-10	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	6.96%	$271,500
9502941440	212003278	E	2026-04-10	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:12.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONSORCIO RC DEPORTIVO**, identificada con **NI** número **901889250**, aportó por **ELIANA MARCELA GIRALDO CANDAMIL** identificado(a) con **CC** número **1053787676** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2026 y 03 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$1,750,905	0.06960	$121,900	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,750,905	0.04000	$70,100	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,750,905	0.04000	$70,100	$0	$0	Marzo - 2026	67526719	13/03/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **15** días del mes **Abril** de **2026**

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROYECTA ARQUITECTOS INGENIEROS SAS identificado(a) con NI 830500675 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LUIS ALFREDO RODRIGUEZ ALEMAN identificado(a) con CC 1010203440

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501534775	148993245	E	2026-03-17	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,540,230	4%	$141,700
9501534775	148993245	E	2026-03-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																		$3,540,230	16%	$566,500
9501534775	148993245	E	2026-03-17	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-02	30																		$3,540,230		$0
9501534775	148993245	E	2026-03-17	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-02	30																		$3,540,230		$0
9501534775	148993245	E	2026-03-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-02	30																		$0	0%	$0
9501534775	148993245	E	2026-03-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-02	30																		$0	0%	$0
9501534775	148993245	E	2026-03-17	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																		$3,540,230	0.522%	$18,500
9501534775	148993245	E	2026-03-17	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-02	30																		$3,540,230	4%	$141,700

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:08.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900586664-1	Energía Hidráulica sas	CALLE 34 SUR No 52C-64	3012429095	energiahidraulicasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL ARL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	Y	16/02/2026	28075575	$121.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.900				121.900	0	0	121.900			1.219	121.900	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	121.900	121.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	121.900	121.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900586664-1	Energía Hidráulica sas	CALLE 34 SUR No 52C-64	3012429095	energiahidraulicasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL ARL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	Y	16/02/2026	28075575	$121.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80826823	ROJAS HOYOS CAMILO ALBERTO	59	0			N																		0	0	0	0	0			0	0	14-11	1.750.905	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026569128	FABIAN STEVEN MORENO BERMUDEZ	CARRERA 50 #152 57 t3 1117	3176947404	fabiansmorenob@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	47855100	$854.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	368.000	0		0		0	0	0	0	368.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.100	0	0	0	0	0	0		471.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.400				15.400	0	0	15.400			154	15.400	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	368.000	368.000
Pensión	1	471.100	471.100
Riesgos Laborales	1	15.400	15.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	854.500	854.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026569128	FABIAN STEVEN MORENO BERMUDEZ		CARRERA 50 #152 57 t3 1117	3176947404	fabiansmorenob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	47855100	$854.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026569128	MORENO BERMUDEZ FABIAN STEVEN	57	0			N																	230201	2.944.000	471.100	0	0	0	0	EPS008	2.944.000	368.000	14-23	2.944.000	1	15.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900442571-5	SINFRAC SAS	CARRERA 96 G # 17B 19 P 2	3011013907	ssinfracsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	INGENIERIA 2	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	17/02/2026	46698901	$619.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	80.000	0		0		0	0	0	0	80.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	139.200				139.200	0	0	139.200			1.392	139.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	80.000	0	0	80.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	80.000	80.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	139.200	139.200
CCF	1	80.000	80.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	619.200	619.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900442571-5	SINFRAC SAS		CARRERA 96 G # 17B 19 P 2	3011013907	ssinfracsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	INGENIERIA	2	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	17/02/2026	46698901	$619.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80010131	ALFONSO GONZALEZ GERMAN CAMILO	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA identificado(a) con NI 830037322 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para RUBEN DARIO GIRON CASTILLO identificado(a) con CC 74860596

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855962	202229367	E	2026-04-07	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	$2,713,605	4%	$108,600
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	$2,713,605	16%	$434,200
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																	$2,713,605		$0
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																	$2,713,605		$0
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																	$0	0%	$0
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																	$0	0%	$0
9501855962	202229367	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	$2,713,605	6.96%	$188,900
9501855962	202229367	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	$2,713,605	4%	$108,600

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:06.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que RUBEN DARIO GIRON CASTILLO identificado(a) con CC 74860596 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA NI 830037322

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855962	202229367	E	2026-04-07	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$2,713,605	4%	$108,600
9501855962	202229367	E	2026-04-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,713,605	16%	$434,200
9501855962	202229367	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,713,605	6.96%	$188,900
9501855962	202229367	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$2,713,605	4%	$108,600

Este certificado se expide el día 2026-04-07 a las 09:04.

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 902003595	6	CONSORCIO SANTA ISABEL	A - 200 O MAS COTIZANTES	SANTA ISABEL	CRA 5 11D 221 SUR	CAJICA-CUNDINAMARCA	8151545	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	212249921	9502947545	E	2026/04/24	2026/04/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,826,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1030696291	ARCILA MARIA																		230201	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-7	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
2	CC	39797563	GIRALDO LUZ																		25-14	30	$2,250,000	$360,000	EPS005	30	$2,250,000	$90,000	CCF24	30	$2,250,000	$90,000	14-7	30	$2,250,000	$156,600	30	$0	$0	Si	$696,600
3	CC	1070012372	GOMEZ MILTON																		230301	30	$2,250,000	$360,000	EPS037	30	$2,250,000	$90,000	CCF24	30	$2,250,000	$90,000	14-7	30	$2,250,000	$156,600	30	$0	$0	Si	$696,600
4	CC	52317823	MONCADA CLAUDIA																		25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
5	CC	40432072	NUSTES JOHANNA																		230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
6	CC	1032369736	PARDO VIVIANA	X																	25-14	15	$1,250,000	$200,000	EPS005	15	$1,250,000	$50,000	CCF24	15	$1,250,000	$50,000	14-7	15	$1,250,000	$87,000	15	$0	$0	Si	$387,000
7	CC	1016002092	RODRIGUEZ WILSON																		25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS017	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-7	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0	Si	$1,238,400
8	CC	1000326339	VARGAS SEBASTIAN																		230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS002	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-7	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
Total	**Afiliados(8)**																						$22,050,000	$3,528,000			$22,050,000	$882,000			$22,050,000	$882,000			$22,050,000	$1,534,700		$0	$0		$6,826,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902003595	6	CONSORCIO SANTA ISABEL	A - 200 O MAS COTIZANTES	SANTA ISABEL	CRA 5 11D 221 SUR	CAJICA-CUNDINAMARCA	8151545	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	212249921	9502947545	E	2026/04/24	2026/04/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,826,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				8	$3,528,000	$0	$0	$3,528,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,840,000	$0	$0	$1,840,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$688,000	$0	$0	$688,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$1,534,700	$0	$0	$1,534,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	8	$1,534,700	$0	$0	$1,534,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$882,000	$0	$0	$882,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	8	$882,000	$0	$0	$882,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$882,000	$0	$0	$882,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$160,000	$0	$0	$160,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$90,000	$0	$0	$90,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$100,000	$0	$0	$100,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$532,000	$0	$0	$532,000
TOTAL				8	$6,826,700	$0	$0	$6,826,700

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONSORCIO RC DEPORTIVO**, identificada con **NI** número **901889250**, aportó por **ELIANA MARCELA GIRALDO CANDAMIL** identificado(a) con **CC** número **1053787676** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2026 y 03 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$1,750,905	0.16000	$280,200	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$1,750,905	0.06960	$121,900	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$1,750,905	0.04000	$70,100	$0	$0	Febrero - 2026	67526719	13/03/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$1,750,905	0.04000	$70,100	$0	$0	Marzo - 2026	67526719	13/03/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los 7 días del mes Abril de 2026

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

Certificado de Aportes

Se certifica que YURY TATIANA PERDOMO PALADINEZ identificado(a) con CC 1082777793 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA NI 830037322

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855729	202256483	E	2026-04-07	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$3,900,000	4%	$156,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	16%	$624,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	6.96%	$271,500
9501855729	202256483	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-07 a las 09:04.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que PROTELCA INGENIEROS ARQUITECTOS LTDA identificado(a) con NI 830037322 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YURY TATIANA PERDOMO PALADINEZ identificado(a) con CC 1082777793

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9501855729	202256483	E	2026-04-07	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		$3,900,000	4%	$156,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	16%	$624,000
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-03	30																		$3,900,000		$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-03	30																		$0	0%	$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-03	30																		$0	0%	$0
9501855729	202256483	E	2026-04-07	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	6.96%	$271,500
9501855729	202256483	E	2026-04-07	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		$3,900,000	4%	$156,000

Este certificado se expide el día 2026-04-15 a las 01:05.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901022448-9	JGR CONSTRUCCIONES SAS	KR 7 C ESTE 90 D- 61 SUR	3214770772	jgrafiliaciones12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL BOGOTA	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66751114	11/03/2026	23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$36,188,849	$11.095.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	539.800	0		0		0	0	0	0	539.800	8
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	142.100	0		0		0	0	0	0	142.100	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	269.900	0		0		0	0	0	0	269.900	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	190.700	0		0		0	0	0	0	190.700	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.700	0		0		0	0	0	0	60.700	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	35.100	0		0		0	0	0	0	35.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	568.200	0	0	0	0	0	0		568.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	3.224.100	0	0	0	0	0	0		3.224.100	13
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.718.600	0	0	0	0	0	0		1.718.600	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.407.000				2.407.000	0	0	2.407.000			24.070	2.407.000	23

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.448.600	0	0	1.448.600	23

COPIA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901022448-9	JGR CONSTRUCCIONES SAS	KR 7 C ESTE 90 D- 61 SUR	3214770772	jgrafiliaciones12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL BOGOTA	001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66751114	11/03/2026	23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$36,188,849	$11.095.300	

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.448.600	1.448.600
Pensión	4	5.791.100	5.791.100
Riesgos Laborales	1	2.407.000	2.407.000
CCF	1	1.448.600	1.448.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	11.095.300	11.095.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901022448-9	JGR CONSTRUCCIONES SAS	KR 7 C ESTE 90 D- 61 SUR	3214770772	jgrafiliaciones12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL BOGOTA / 001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66751114	11/03/2026	23	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$36,188,849	$11.095.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro, exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000455449	ANTURI BERNAL CRISTIAN CAMILO	1	0			S	X	X															230301	758.726	13	121.400	0	0	0	0	EPS017	758.726	13	30.400	14-23	758.726	13	5	52.900	CCF24	758.726	13	30.400	0	0	0	0	0
2	CC 1019109726	BETANCOURT ARIAS DUBER ERNEY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1022938021	PEREZ MORALES KAROL SELENE	1	0			S																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	30	80.000	14-23	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
4	CC 1022993440	PARRA SUAREZ CRISTIAN DANIEL	1	0			S	X																25-14	1.167.270	20	186.800	0	0	0	0	EPS037	1.167.270	20	46.700	14-23	1.167.270	20	5	81.300	CCF24	1.167.270	20	46.700	0	0	0	0	0
5	CC 1024564855	RIVERA ESCAMILLA ERIK GIOVANNI	1	0			S	X	X															230301	408.545	7	65.400	0	0	0	0	EPS017	408.545	7	16.400	14-23	408.545	7	5	28.500	CCF24	408.545	7	16.400	0	0	0	0	0
6	CC 1069924505	OVALLE RODRIGUEZ NORBEI	1	0			S																	230201	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS010	1.800.000	30	72.000	14-23	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
7	CC 1110116552	JARA RAMIREZ CARLOS EDUARDO	1	0			S	X																25-14	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPS041	1.517.451	26	60.700	14-23	1.517.451	26	5	105.700	CCF24	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
8	CC 1116810027	RAMIREZ TOLOZA CARLOS ANTONIO	1	0			S	X																25-14	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS017	1.575.815	27	63.100	14-23	1.575.815	27	5	109.700	CCF24	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
9	CC 11387757	VILLALOBOS RAMOS RAFAEL	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 11803497	MURILLO PALACIOS MISAEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 14295925	RIVERA PRIETO LUIS ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 4140067	MARTINEZ SANTISTEBAN PEDRO MANUEL	1	0			S	X																25-14	1.225.634	21	196.200	0	0	0	0	EPS002	1.225.634	21	49.100	14-23	1.225.634	21	5	85.400	CCF24	1.225.634	21	49.100	0	0	0	0	0
13	CC 79562214	GUACANEME RODRIGUEZ RODOLFO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 79763531	MUÑOZ GUERRERO OTONIEL	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
15	CC 79873377	BETANCOURT JOSE ADEY	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 80257163	ARIAS CARDOZO HECTOR FERNEY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 80278106	AVILA NIÑO ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 80743518	GONZALEZ PARDO MAXIMILIANO	1	0			S	X	X															230301	875.453	15	140.100	0	0	0	0	ESSC24	875.453	15	35.100	14-23	875.453	15	5	61.000	CCF24	875.453	15	35.100	0	0	0	0	0
19	CC 9155079	PEREZ VARGAS ADALBERTO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 1069925193	OVALLE RODRIGUEZ ABELARDO	1	0			S																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	30	80.000	14-23	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
21	CC 1069925393	OVALLE RODRIGUEZ HORACIO	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	30	72.000	14-23	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
22	CC 1003523504	OVALLE RODRIGUEZ JONNATHAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.800.000	30	72.000	14-23	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
23	CC 1010218876	GOMEZ GONZALEZ YENNIFER CATERINE	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900740931-1	P A A A S A S	carrera 38 78 i 35	7970496	andrecano1007@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	efectivos / 2	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74827430	13/04/2026	21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$31,399,565	$9.746.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	280.400	0		0		0	3	600	0	281.000	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	282.800	0		0		0	3	600	0	283.400	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	3	200	0	70.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	212.700	0		0		0	3	500	0	213.200	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	210.300	0		0		0	3	500	0	210.800	3
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	58.400	0		0		0	3	200	0	58.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	3	200	0	70.300	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	72.500	0		0		0	3	200	0	72.700	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.120.800	0	0	0	0	3	2.300	0	1.123.100	4
230301	Porvenir	800224808-8	3.110.400	0	0	0	0	3	6.400	0	3.116.800	14
231001	Colfondos	800227940-6	560.400	0	0	0	0	3	1.200	0	561.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	233.500	0	0	0	0	3	500	0	234.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.186.200				2.186.200	3	4.500	2.190.700			21.862	2.190.700	21

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.257.300	3	2.600	1.259.900	21

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900740931-1	P A A A S A S	carrera 38 78 i 35	7970496	andrecano1007@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	efectivos	2	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74827430	13/04/2026	21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$31,399,565	$9.746.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.257.300	1.260.300
Pensión	4	5.025.100	5.035.500
Riesgos Laborales	1	2.186.200	2.190.700
CCF	1	1.257.300	1.259.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	9.725.900	9.746.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900740931-1	P A A A S A S	carrera 38 78 i 35	7970496	andrecano1007@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	efectivos / 2	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74827430	13/04/2026	21	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$31,399,565	$9.746.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000213468	DIAZ ORTIZ KAREN TATIANA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1001831691	CARO JIMENEZ CRISTIAN JUNIOR	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1007123375	GONGORA BELEÑO JUAN DAVID	1	0			S	X	X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF21	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
4	CC 1013626734	AGUDELO ORTIZ CRISTIAN DANOBIS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1024544213	RIOS MOLANO JUAN CARLOS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1030532214	PRADA VARGAS BRAYAN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1043442186	MARTINEZ AMADOR ELIU KALETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1043649537	MENDOZA TINOCO RONALDO ANDRES	1	0			S		X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	ESSC24	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF21	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
9	CC 1070809962	BOLAÑOS SILGADO JUAN ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 1070923984	GUTIERREZ BERDUGO DEINER EDUARDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 10938345	MASIAS LICONA LUIS EDUARDO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 10942850	MORALES QUINTANA ALEX GREGORIO	1	0			S	X																25-14	1.459.088	25	233.500	0	0	0	0	EPS048	1.459.088	25	58.400	14-23	1.459.088	25	5	101.600	CCF21	1.459.088	25	58.400	0	0	0	0	0
13	CC 10943206	HERRERA BARON JOSE GREGORIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 1105056653	SANTA HUEPA HUMBERTO	1	0			S		X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS005	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF21	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
15	CC 1126124551	CONTRERAS ARRIETA VICTOR ENRIQUE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 1130266625	MORENO GUETE BRANDON ANTONIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 1137220852	PUERTA PEREZ DAWIN	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 12133451	PRADA FERREIRA ARNOLDO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 72301632	CERA BARRAZA WALTER ENRIQUE	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 80255870	BEDOYA GIL CHRISTIAN IVAN	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
21	CC 80770117	SERRANO RODRIGUEZ EDGAR LEONARDO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901356646	4	SP CONSTRUCCIONES & CONSULTORIAS S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	SP CONSTRUCCIONES	CLLE 81 SUR 80 L 20 TO 7 APT 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214812	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	132283181	9501333262	E	2026/03/11	2026/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$13,698,500

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	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: SP CONSTRUCCIONES (35 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: SP CONSTRUCCIONES (35 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (35 Afiliados)																													

1	CC	1050397967	AGUILAR LERMA DIOFANOL		X																230301	6	EPS002	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si
2	CC	1069872486	ALONSO MEDINA JUAN ALEXANDER		X																230301	7	EPS037	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si
3	CC	1052963016	ATENCIA BERTEL JUAN CAMILO	X																	25-14	28	ESSC07	28	CCF24	28	14-11	28	6.960%	28	Si
4	CC	53890205	BELTRAN PEÑA LAURA ROCIO																		230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
5	CC	80124888	CAMARGO CASTAÑEDA JUAN DAVID																		230201	30	EPS037	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
6	CC	1031129167	CAMARGO CASTAÑEDA WILMER ALEXIS	X																	230301	6	EPS005	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si
7	CC	1019095728	CARDENAL CRUZ JORGE ANDRES	X	X																230301	3	EPS002	3	CCF24	3	14-11	3	6.960%	3	Si
8	CC	1028942074	GUERRERO RUIZ SNEIDER RAFAEL		X																25-14	12	EPS002	12	CCF24	12	14-11	12	6.960%	12	Si
9	CC	1026268629	JIMENEZ GARCIA LUIS ANTONIO		X																230201	27	EPS037	27	CCF24	27	14-11	27	6.960%	27	Si
10	CC	80772239	JIMENEZ GARCIA WILIAM HERNANDO																		25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
11	CC	92501649	MACARENO MEZA ALBERTO DE JESUS		X																	0	EPS005	27	CCF24	27	14-11	27	6.960%	27	Si
12	CC	1193107988	MOSCOTE TORO KATTY JULIETH																		230301	30	ESSC24	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
13	CC	11441768	MUÑOZ ROCHA EDILBERTO	X																	230201	13	EPS017	13	CCF24	13	14-11	13	6.960%	13	Si
14	CC	1030612097	MURCIA PARDO LUIS ANDRES																		231001	30	EPS005	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
15	CC	1069052537	MURILLO ZAMUDIO JHON ALEXANDER	X	X																230301	23	EPS017	23	CCF24	23	14-11	23	6.960%	23	Si
16	CC	80382138	MURILLO BRAUSIN OSCAR LEONARDO	X	X																230301	23	EPS017	23	CCF24	23	14-11	23	6.960%	23	Si
17	CC	1045495345	OYOLA PUENTES ANDRES FELIPE		X																230201	6	EPS040	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si
18	CC	1033772704	PACHECO TEJADA ELKIN DAVID																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
19	CC	1031142942	PACHECO TEJADA RAMIT ENRIQUE																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
20	CC	1082064475	PEÑA HOYOS DEUWIS JOSE																		230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
21	CC	7642217	PEÑA HOYOS DONASIS NACIMIENTO																		25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
22	CC	1082069671	PEÑA MOSCOTE RICHAR DANILO	X																	230301	3	ESSC24	3	CCF24	3	14-11	3	6.960%	3	Si
23	CC	1026260547	PEREZ CORTES RICARDO	X																	25-14	7	EPS017	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si
24	CC	1007847852	PUENTES LONDOÑO JOEL		X																230301	6	EPS037	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si
25	CC	1069465543	QUINTANA ESTRADA JOSE ANGEL	X																	230201	28	EPS041	28	CCF24	28	14-11	28	6.960%	28	Si
26	CC	80748748	RODRIGUEZ RONCANCIO CESAR AUGUSTO	X																	231001	19	EPS017	19	CCF24	19	14-11	19	6.960%	19	Si
27	CC	1031804969	RUIZ HERRERA JIMMY JOSE		X																25-14	12	EPS037	12	CCF24	12	14-11	12	6.960%	12	Si
28	CC	7642911	SOLAEZ GUTIERREZ ALBERTO ENRIQUE																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
29	CC	1033730855	SOTO DAZA DEIMER ANDRES																		230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
30	CC	1033769793	SOTO DAZA ROBINSON FABIAN																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
31	CC	1006095661	TRUJILLO CASTRO YOBANI	X	X																230301	23	EPS005	23	CCF24	23	14-11	23	6.960%	23	Si
32	CC	85163976	VILLARREAL AYALA IDOLFO																		230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si
33	CC	9237605	ZAMBRANO POLO EMIRO		X																230301	27	EPS002	27	CCF24	27	14-11	27	6.960%	27	Si
34	CC	1002374438	ZAMBRANO CADENA JUAN CAMILO		X																230301	27	EPS002	27	CCF24	27	14-11	27	6.960%	27	Si
35	CC	20701396	ZAMUDIO MAHECHA LADY DIANA	X	X																230301	23	EPS017	23	CCF24	23	14-11	23	6.960%	23	Si

Total Afiliados(35)										

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				34	$6,955,500	$0	$0	$6,955,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$577,500	$0	$0	$577,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,111,500	$0	$0	$1,111,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	17	$3,054,500	$0	$0	$3,054,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$2,212,000	$0	$0	$2,212,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$3,136,000	$0	$0	$3,136,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	35	$3,136,000	$0	$0	$3,136,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				35	$1,803,500	$0	$0	$1,803,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	35	$1,803,500	$0	$0	$1,803,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				35	$1,803,500	$0	$0	$1,803,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$77,200	$0	$0	$77,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	11	$632,700	$0	$0	$632,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$65,400	$0	$0	$65,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$191,800	$0	$0	$191,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$65,400	$0	$0	$65,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$526,000	$0	$0	$526,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$230,900	$0	$0	$230,900
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	1	$14,100	$0	$0	$14,100
TOTAL				**35**	**$13,698,500**	**$0**	**$0**	**$13,698,500**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901841369-9	VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS SAS		CALLE 52 B SUR # 88 C -28	4751326	vycarquitectos@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67845582	16/03/2026	16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$21,859,956	$6.649.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	231.400	0		0		0	0	0	0	231.400	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	152.200	0		0		0	0	0	0	152.200	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	74.800	0		0		0	0	0	0	74.800	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	92.000	0		0		0	0	0	0	92.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	324.800	0		0		0	0	0	0	324.800	6

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	794.000	0	0	0	0	0	0		794.000	5
230301	Porvenir	800224808-8	2.143.900	0	0	0	0	0	0		2.143.900	9
231001	Colfondos	800227940-6	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.400.300				1.400.300	0	0	1.400.300			14.003	1.400.300	16

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	875.200	0	0	875.200	16

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	875.200	875.200
Pensión	3	3.498.300	3.498.300
Riesgos Laborales	1	1.400.300	1.400.300
CCF	1	875.200	875.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	6.649.000	6.649.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901841369-9	VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS SAS	CALLE 52 B SUR # 88 C -28	4751326	vycarquitectos@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67845582	16/03/2026	16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$21,859,956	$6.649.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001187352	ORTIGOZA TORRES CRISTIAN CAMILO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1007405773	AREVALO CONTRERAS DAVID ALEXANDER	1	0			S	X																230301	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS017	291.818	5	11.700	14-23	291.818	5	5	20.400	CCF24	291.818	5	11.700	0	0	0	0	0
3	CC 1010175938	SANTOS SOLANO IGNACIO ALBERTO	1	0			S	X																230201	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS008	233.454	4	9.400	14-23	233.454	4	5	16.300	CCF24	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
4	CC 1022397819	TORRES VARGAS LUIS GUILLERMO	1	0			S								X									230301	2.300.000	30	368.000	0	0	0	0	EPS010	2.300.000	30	92.000	14-23	2.300.000	30	5	160.100	CCF24	2.300.000	30	92.000	0	0	0	0	0
5	CC 1022962881	MARQUEZ GODOY JUAN CAMILO	1	0			S	X																230301	1.634.178	28	261.500	0	0	0	0	EPS008	1.634.178	28	65.400	14-23	1.634.178	28	5	113.800	CCF24	1.634.178	28	65.400	0	0	0	0	0
6	CC 1023242316	GUERRERO GARZON NICOLAS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1023877742	VEGA CUELLAR CAMILO ANTONIO	1	0			S										X							230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	1	0	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1118567137	VELA GOMEZ PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	2.050.905	30	328.200	0	0	0	0	EPS005	2.050.905	30	82.100	14-23	2.050.905	30	5	142.800	CCF24	2.050.905	30	82.100	0	0	0	0	0
9	CC 1141315871	CAÑON PEÑA MARTIN ALEJANDRO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 79214967	TOSCANO TABORDA EDWIN YESID	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 79402958	GARCIA PEÑA JORGE YOVANY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 80007471	CELY CAMARGO RUBEN DARIO	1	0			S	X																230201	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS017	817.089	14	32.700	14-23	817.089	14	5	56.900	CCF24	817.089	14	32.700	0	0	0	0	0
13	CC 80122019	VALENCIA TORO CARLOS ALBERTO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 80401021	VARGAS LOPEZ JOSE LEONARDO	1	0			S	X																230201	408.545	7	65.400	0	0	0	0	EPS002	408.545	7	16.400	14-23	408.545	7	5	28.500	CCF24	408.545	7	16.400	0	0	0	0	0
15	CC 80496387	REYES ZAMBRANO LUIS ARMANDO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 80815544	GUIO NEIRA WILLIAM JOSUE	1	0			S		X															230301	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-23	116.727	2	5	8.200	CCF24	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0

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

2. PERSONAL NUEVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.015.481.583**

JULIO LASCARRO

APELLIDOS

INGRID PAOLA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

23-JUN-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01271908-F-1015481583-20211206 **0077**58807A 1 9917884023

Medellín, 28 de February 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 ANTONIO CELY SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1015481583	JULIO LASCARRO INGRID PAOLA	02/03/2026		I1482541	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/02/2026 21:37:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.50.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 02 03 2026

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) [ ]

Código Tipo de Pensionado [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
JULIO	LASCARRO	INGRID	PAOLA	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1.015.481.583	Femenino [✓] Masculino [ ]	21 06 1999		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PORVENIR	

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]	ENGATIVA	CUNDINAMARCA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1				D D M M A A A A	
B2				D D M M A A A A	
B3				D D M M A A A A	
B4				D D M M A A A A	
B5				D D M M A A A A	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B2			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B3			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B4			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B5			Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL -

VIGILADO Supersalud

- EPS SURA -

apotema

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		02 03 2026

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio	Código Asesor
	ANTONIO CF S.A.S. NIT. 901.234.560-4 CEL.: 312 256 1	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	(D D M M A A A A)	(D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: _____

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 -

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:

INGRID PAOLA JULIO LASCARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.481.583**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) INGRID PAOLA JULIO LASCARRO identificado(a) con CC No. 1015481583, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ANTONIO CELY SAS con NIT 9012345606:

- Fecha de afiliación a la Caja: 02/03/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 02/03/2026.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 02/03/2026

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000600315

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **02/03/2026 12:04:58** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1015481583** Nombre **INGRID PAOLA JULIO LASCARRO** Sexo **F** Edad **26 Años**

Teléfono **3115792679** Dirección **ENGATIVA**

Cargo **SST**

Empresa **901234560 - ANTONIO CELY SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES.**

Eps **COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[x]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [ ]
Visiometría	[x]	Glic [x] Col [x] Trigli [x] PL [ ] Otros [ ]	
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**	
Audiometría	[x]		
Espirometría	[ ]		
Valortación psicologica	[ ]	Radiografías	
Coord. Motriz	[ ]		
Electrocardiograma	[ ]		
Rx	[ ]		
Psicosensométrico	[ ]		

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL POR GINECOLOGIA EPS

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso [X]	Pos-ocupacional o egreso [ ]	Periódico [ ]
	Post incapacidad [ ]	Retorno laboral [ ]	Control [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **02/03/2026 12:04:58** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1015481583** Nombre **INGRID PAOLA JULIO LASCARRO** Sexo **F** Edad **26 Años**

Teléfono **3115792679** Dirección **ENGATIVA**

Cargo **SST**

Empresa **901234560 - ANTONIO CELY SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES.**

Eps **COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PORVENIR**

RECOMENDACIONES

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Yilmar Gómez Ávila
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 80796995 RM 991178/2011
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CONSECUTIVO: TSA - 130

VERTICALT GROUP SAS

NIT: 901.803.231-1

LIC. SST No 17248 DEL 07 DE MAYO DE 2024 De la Secretaria de Salud
ICONTEC NTC 6072 (2014) No CS-CER1053723. Del 4/07/2024 al 3/07/2027
Aprobación del Ministerio de Trabajo No. 08SE2024220000000053780

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

VERTICALT GROUP S.A.S CERTIFICA QUE:

INGRID PAOLA JULIO LASCARRO

C.C. 1015481583

EMPRESA: ANTONIO CELY SAS
NIT: 901234560
REPRESENTANTE LEGAL: CELY PINZON ANTONIO
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Curso realizado en Bogotá el 03 marzo 2026, se expide el 03 marzo 2026 en la ciudad de Bogotá con una intensidad de 8 horas

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EL PRESENTE EN BOGOTÁ A LOS
DANDO CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 4272 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2021

DINA LUZ ESCORCIA ORTIZ
REPRESENTANTE LEGAL
VERTICALT GROUP SAS

KAREN YOHANA ALMONACID PARRA
ENTRENADOR CERTIFICADO
RES. No. 25-933 11/03/2016

La verificación del presente certificado puede realizarse en www.verticaltgroup.com
calle 16 #16-43 piso 2 TEL: 3112519850 gerencia@verticaltgroup.com

Bogotá D.C., marzo 9 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que INGRID PAOLA JULIO LASCARRO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1015481583, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICALT GROUP S.A.S
ENTRENADOR: KAREN YOHANA ALMONACID PARRA
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICALT GROUP SAS
EMPLEADOR: ANTONIO CELY SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 03/03/2026 a 03/03/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día marzo 9 de 2026

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1015481583

¿ Cuanto es 4 + 3 ?

7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) INGRID PAOLA JULIO LASCARRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1015481583.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, marzo 02, 2026 - Hora de consulta: 15:22:35

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 27 de febrero de 2026, a las 15:41:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1015481583
Código de Verificación	101548158326022715412 8

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:23:22 PM horas del 02/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1015481583**
Apellidos y Nombres: **JULIO LASCARRO INGRID PAOLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A → 1 2 0 3 2 0 2 6

791047460

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No X

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PARDO	CAMARGO	VIVIANA	PAOLA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	1032369736	Femenino X Masculino ☐	F X M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	D D M M A A A A → 2 4 0 6 1 9 8 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL BOLÍVAR S.A	COLPENSIONES	$ 2.500.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 17 SUR NO 29ª-45	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3186337369	INGVIVIANAPARDO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	LA FRAGUA	Cabecera Municipal X Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad ☐	Si ☐ No ☐
B2					Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad ☐	Si ☐ No ☐
B3					Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad ☐	Si ☐ No ☐
B4					Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad ☐	Si ☐ No ☐
B5					Si ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad ☐	Si ☐ No ☐

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

ADRES Versión 1.0 Agosto 2023

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO LABORATORIO CP	NIT	901928153	

59. Ubicación

Dirección: CRA 5 11D 221 SUR — Teléfono fijo o Celular: 8151545

Correo Electrónico: AUX.TALENTOHUMANO@PROYECTASAS.COM — Departamento: BOGOTA D.C. — Municipio / Distrito: BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad: 16 03 2026 | 67. Motivo de traslado: Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio: 001 — Código del departamento: 11 — 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. fecha de radicación: 12 03 2026 | 97. Fecha de validación: D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 12-03-2026	

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado VIVIANA PAOLA PARDO CAMARGO

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	NO
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?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X	NO

Viviana Paola Pardo
Firma del Afiliado VIVIANA PAOLA PARDO CAMARGO
Documento de Identidad 1032369736

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

VIVIANA PAOLA PARDO CAMARGO, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Viviana Paola Pardo

Nombre: VIVIANA PAOLA PARDO CAMARGO

Identificación: 1032369736

Fecha: 12-03-2026

Bogotá D.C., 12 de Marzo de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1032369736
Nombres y Apellidos	VIVIANA PAOLA PARDO CAMARGO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902003595
Razón Social Empleador	CONSORCIO SANTA ISABEL
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/3/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	12/3/2026
Cargo	INSPECOTR DE OBRA
Horas Labor Mes	236
Sueldo básico	$ 2500000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código OCXrofHfS

Vigilado Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.984.083**

FAJARDO ZAMBRANO

APELLIDOS

DUVAN CAMILO

NOMBRES

Camilo Zambrano

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

18-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01183817-M-1000984083-20201130 **0072**653868A 1 9913918992

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000601634

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 09/03/2026 15:04:41 Ciudad BOGOTA Departamento DISTRITO CAPITAL

Doc. Identidad CC 1000984083 Nombre DUVAN CAMILO FAJARDO ZAMBRANO Sexo M Edad 25 Años

Teléfono 3177451703 Dirección CL 48 T SUR # 5 J 40

Cargo AUXILIAR DE OBRA

Empresa 901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S

Actividad económica SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.

Eps E.P.S. SANITAS S.A.

Arl NO TIENE Fondo de pensión PORVENIR

ÉNFASIS

Alturas	☐	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ PL ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐		
Valortación psicologica	☐	Radiografías	
Coord. Motriz	☐		
Electrocardiograma	☐		
Rx	☐		
Psicosensométrico	☐		

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNO

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
NIT 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 09/03/2026 15:04:41 Ciudad BOGOTA Departamento DISTRITO CAPITAL

Doc. Identidad CC 1000984083 Nombre DUVAN CAMILO FAJARDO ZAMBRANO Sexo M Edad 25 Años

Teléfono 3177451703 Dirección CL 48 T SUR # 5 J 40

Cargo AUXILIAR DE OBRA

Empresa 901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S

Actividad económica SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.

Eps E.P.S. SANITAS S.A.

Arl NO TIENE Fondo de pensión PORVENIR

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Camilo Zambrano

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur Nº 19-07 Bogota PBX.:2784705 FAX.:2392301
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Scanned with CamScanner

CER_AFI_2026022033371

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Duvan Camilo Fajardo Zambrano identificado con CC. 1000984083 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/11	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC10032026N1000984083A12838676.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá D.C., 10 de Marzo de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 10/3/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1000984083
Nombres y Apellidos	DUVAN CAMILO FAJARDO ZAMBRANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 901022448
Razón Social Empleador	JGR CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	11/3/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	10/3/2026
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCION
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código kl4Fl5FDS

Vigilado Supersubsidio

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 10032026

10 MAR 2026

CM. 622 Paula Andrea Carreño Cepeda

SUJETO A VERIFICACIÓN

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X; - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio
3. Régimen: B. Subsidiado
4. Solicita: 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: (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
FAJARDO	ZAMBRANO	DUVAN	CAMILO

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1000984083	Femenino; Masculino V	F; M X; T; NB; Otro		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	COLOMBIA	BOGOTÁ	BOGOTÁ	16092000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si; No; Categoría de discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN (Si; No)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel; Grupo)	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	1750905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CLL 487 SUR # 5J - 40	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3177451703	camilofajardozambrano@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural
BOGOTA	BOGOTA		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Numero del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino; Masculino)	31. Sexo identificación (F; M; T; NB; Otro)	Cuál	32. Nacionalidad

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (Si; No)	48. Clasificación SISBEN (Nivel; Grupo)	49. Discapacidad (Si; No; Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si; No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Powered by CamScanner

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
JGR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901022448-9	

59. Ubicación Dirección: CRA 7 C ESTE #900-61 SUR — Teléfono fijo o Celular: 3053759544

Correo Electrónico: jgrafiliaciones12@gmail.com — Departamento: BOGOTA — Municipio / Distrito: BOGOTÁ

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	11 03 2026	Código	

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante / Responsable de la afiliación Colectiva, Institución del Sector Salud o Pagador de Pensiones
Camilo Zambrano	JGR CONSTRUCCIÓNES S.A.S NIT- 901.022.448-9

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las de... formulario

Doc identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación
	10 MAR 2026 Cód. 622 Paula Andrea Carreño Cabrera SUJETO A VERIFICACIÓN

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DUVAN CAMILO FAJARDO ZAMBRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.984.083**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de marzo de 2026, a las 11:06:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000984083
Código de Verificación	10009840832603101106 32

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:05:41 AM horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1000984083**
Apellidos y Nombres: **FAJARDO ZAMBRANO DUVAN CAMILO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1000984083

¿Escriba los dos ultimos digitos del documento a consultar?

bogota

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) DUVAN CAMILO FAJARDO ZAMBRANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1000984083.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, marzo 10, 2026 - Hora de consulta: 11:06:06

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.282.956**

CARDENAS BERNAL

APELLIDOS

EDWIN GERMAN

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1983**

GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA · **O+** G.S. RH · **M** SEXO

15-ABR-2002 GUATEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00234303-M-0074282956-20100415 0021997090A 1 1380675064

Powered by CamScanner

35.

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
)0.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000603174

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación: Preocupacional o ingreso (X) | Pos-ocupacional o egreso ( ) | Periódico ( )
Post incapacidad ( ) | Retorno laboral ( ) | Control ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **17/03/2026 07:50:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 74282956** Nombre **EDWIN GERMAN CARDENAS BERNAL** Sexo **M** Edad **42 Años**

Teléfono **3206331893** Dirección **NO REFIERE**

Cargo **MAESTRO DE CONSTRUCCION**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	☑	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑
Visiometría	☑
Optometría	☐
Audiometría	☑
Espirometría	☐
Valortación psicologica	☐
Coord. Motriz	☐
Electrocardiograma	☐
Rx	☐
Psicosensométrico	☐

Exámenes de laboratorio SI ☑ NO ☐

Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ PL ☐ Otros ☐

¿Cuáles?

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNO

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional

it. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **17/03/2026 07:50:10** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 74282956** Nombre **EDWIN GERMAN CARDENAS BERNAL** Sexo **M** Edad **42 Años**

Teléfono **3206331893** Dirección **NO REFIERE**

Cargo **MAESTRO DE CONSTRUCCION**

Empresa **901022448 - JGR CONSTRUCCIONES S.A.S**

Actividad económica **SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PORVENIR**

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE



María Luisa Pérez Piña
Médico esp. Gerencia en SST.
CC 1034320081 RM 1034320081/2017
LIC. SO 8731-22/12/2022

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Powered by CamScanner

CER_AFI_2026023059758

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Edwin German Cardenas Bernal identificado con CC. 74282956 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JGR CONSTRUCCIONES SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901022448

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/18	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411201

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17032026N74282956A13845399.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016521413	1|7|0|3|2|0|2|6

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CARDENAS (Primer apellido)	BERNAL (Segundo apellido)	EDWIN (Primer nombre)	GERMAN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	74282956	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	1|5|0|9|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
NINGUNA		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 13 A 41 12 SUR		3206331543	ANDRES.CARBER@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	57	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JGR CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901022448	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 52 S 98 B 70	3053759544	JGRCONSTRUSAS@HOTMAIL.COM;JGRAFILIACIONES12@GMAIL.	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016521413

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|8|0|3|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

EDWIN GERMAN CARDENAS BERNAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.282.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 17 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 74282956
Nombre	: EDWIN GERMAN CARDENAS BERNAL
Empresa/Contratante	: JGR CONSTRUCCIONES SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901022448
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/17
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/18
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código ds7tv7tVH

Vigilado Supersubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:05:42 PM horas del 17/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **74282956**
Apellidos y Nombres: **CARDENAS BERNAL EDWIN GERMAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

74282956

¿Escriba las dos primeras letras del primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado?

MEDELLIN

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) EDWIN GERMAN CARDENAS BERNAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 74282956.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, marzo 17, 2026 - Hora de consulta: 12:06:08

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de marzo de 2026, a las 12:06:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	74282956
Código de Verificación	74282956260317120636

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1072658934
Nombre	: JOHNNATHAN ARMANDO REYES VELANDIA
Empresa/Contratante	: VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901841369
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/12
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
tBUFaGDEH

Vigilado Supersubsidio

Outlook

NOTIFICACION RESULTADO NOVEDAD RELACION LABORAL

Desde Afiliaciones EPS Sanitas <afiliacioneseps@epssanitas.notify-it.com>
Fecha Lun 16/03/2026 8:44 PM
Para vycarquitectos@outlook.com <vycarquitectos@outlook.com>

EPS Sanitas

Bogotá, 16 de Marzo de 2026

Señor(a):

CRISTALES Y ARQUITECTOS SAS

901841369

Asunto: *Solicitud Novedad Relación Laboral ID* ***7874231***

Cordial saludo

Nos permitimos informarle el resultado de la novedad de inicio de la relación laboral para el

afiliado(a) **JOHNNATHAN ARMANDO REYES VELANDIA** identificado(a) con **CC 1072658934 :**

Fecha de Radicación	13/03/2026
Nro. Solicitud	503894167
Salario (IBC)	$ 1,750,905
Fecha de ingreso a laborar	12/03/2026
Estado Cargue Novedad	Novedad cargada con exito

Cordialmente,

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas

Coordinador Gestión de la Afiliación al SGSSS

EPS Sanitas

Usted ha recibido este correo porque se encuentra registrado como miembro de alguno de nuestros clientes en notificalo.com.
Para ***darse de baja*** del recibo de este tipo de correos, por favor haga clic aqui.

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHNNATHAN ARMANDO REYES VELANDIA, identificado(a) con C.C 1.072.658.934, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 10 de marzo de 2026.

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

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

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CER_AFI_2026022265448

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Johnnathan Armando Reyes Velandia identificado con CC. 1072658934 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901841369

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/12	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5251101

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC11032026N1072658934A13065880.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80.401.021

NUMERO

VARGAS LOPEZ

APELLIDOS

JOSE LEONARDO

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1969

TOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-JUN-1989 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1505500-70152677-M-0080401021-20061201 **01873** 06335A 02 206317720

Powered by CamScanner

CER_AFI_2026019653671

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jose Leonardo Vargas Lopez identificado con CC. 80401021 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901841369

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/24	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5251101

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23022026N80401021A10517669.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá, 24/02/2026

Señor(a)
JOSE LEONARDO VARGAS LOPEZ
C – 80401021

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016395783
Fecha Radicación: 02/24/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS S A S N 901841369, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JOSE LEONARDO VARGAS LOPEZ	C	09/04/1969	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 03/24/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 52 B NO 88 C 28
Dirección Laboral: CL 52 B NO 88 C 28
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 02/24/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 24 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 80401021
Nombre	: JOSE LEONARDO VARGAS LOPEZ
Empresa/Contratante	: VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901841369
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/02/24
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/02/24
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
P0KI1waQH

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS LOPEZ JOSE LEONARDO** identificado(a) con **CC** número **80.401.021** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

ULA DE
DADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.111.803.907



Apellidos
HURTADO RENTERIA

Nombres
LUIS MARIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 JUN 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUENAVENTURA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
27 MAYO 2013, BUENAVENTURA

Fecha de expiración
29 DIC 2032

a

luis

CO

01148444624



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL01148442483101 9<<<<<<<<<<<<
9406144M3212297COL1111803907<5
HURTADO<RENTERIA<<LUIS<MARIA<<

CER_AFI_2026023299948

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS MARIA HURTADO RENTERIA identificado con CC. 1111803907 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901841369

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/19	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5251101

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18032026N1111803907A14080304.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 18 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1111803907
Nombre	: LUIS MARIA HURTADO RENTERIA
Empresa/Contratante	: VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901841369
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/18
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/19
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
9P97iQkCH

Vigilado Supersubsidio

Bogotá, 18/03/2026

Señor(a)
LUIS MARIA HURTADO RENTERIA
C – 1111803907

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016530504
Fecha Radicación: 03/18/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS S A S N 901841369, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
LUIS MARIA HURTADO RENTERIA	C	06/14/1994	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 04/18/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 52 B NO 88 C 28
Dirección Laboral: CL 52 B NO 88 C 28
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 03/19/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS MARIA HURTADO RENTERIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.803.907**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Marzo 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.760.783
MERCHAN LEON

APELLIDOS
SERGIO ALEXANDER

NOMBRES





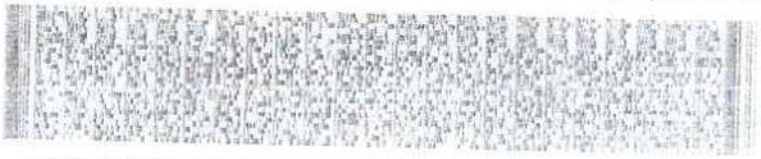
FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JULIO ROBERTO GIRALDO



P-1500150-0956874-M-1033760783-20120203 0003146134A 1 372-290

CER_AFI_2026022575016

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Sergio Alexander Merchan Leon identificado con CC. 1033760783 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901841369

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/14	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5251101

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13032026N1033760783A13369885.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 13 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1033760783
Nombre	: SERGIO ALEXANDER MERCHAN LEON
Empresa/Contratante	: VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901841369
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/13
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/14
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
DhwMee7IH

Vigilado Supersubsidio

Bogotá, 13/03/2026

Señor(a)
SERGIO ALEXANDER MERCHAN LEON
C – 1033760783

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016504756
Fecha Radicación: 03/13/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS S A S N 901841369, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
SERGIO ALEXANDER MERCHAN LEON	C	01/03/1994	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 04/13/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 52 B NO 88 C 28
Dirección Laboral: CL 52 B NO 88 C 28
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 03/14/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

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:

SERGIO ALEXANDER MERCHAN LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.760.783**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.450.967**

CIFUENTES ORTIGOZA
APELLIDOS

WILLIAM ANDRES
NOMBRES

William C. Fuente
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUL-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00258115-M-1032450967-20100930 0024192365A 1 35113288

CER_AFI_2026022578856

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

William Andres Cifuentes Ortigoza identificado con CC. 1032450967 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901841369

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/14	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5251101

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13032026N1032450967A13373636.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 13 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1032450967
Nombre	: WILLIAM ANDRES CIFUENTES ORTIGOZA
Empresa/Contratante	: VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901841369
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/13
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/14
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
s5FHewgAH

Vigilado Supersubsidio

Bogotá, 13/03/2026

Señor(a)
WILLIAM ANDRES CIFUENTES ORTIGOZA
C – 1032450967

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016504760
Fecha Radicación: 03/13/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS S A S N 901841369, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
WILLIAM ANDRES CIFUENTES ORTIGOZA	C	06/17/1992	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 04/13/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CL 52 B NO 88 C 28
Dirección Laboral: CL 52 B NO 88 C 28
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 03/14/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILLIAM ANDRES CIFUENTES ORTIGOZA identificado(a) con C.C No. 1.032.450.967, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de marzo del 2026.

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

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

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3. SEGUIMEINTO PLAN DE TRABAJO

CONSORCIO SANTA ISABEL

PLAN DE TRABAJO ANUAL

Responsable: Seguridad y Salud en el Trabajo

Revisión No. 0

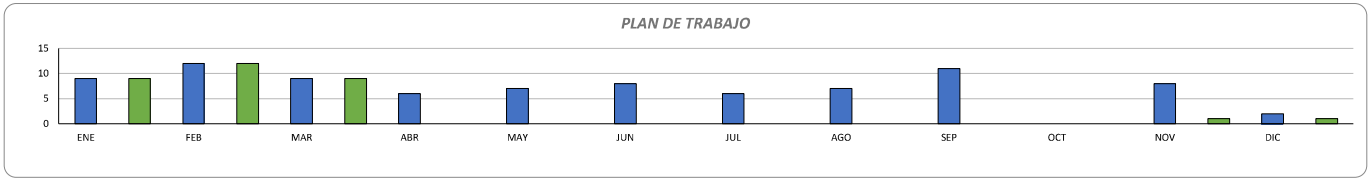
30/10/2025

OBJETIVO: Planear y controlar la ejecucion de las actividades del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proyecto en referencia	**META:** Cumplir con el 90% de las actividades propuestas	**ALCANCE:** Este plan de trabajo aplica para el proyecto en referencia y sus diferentes centros de trabajo
RECURSOS NECESARIOS: Propios (Económicos, Técnicos, Humanos, Infraestructura), ARL, Proveedor Externo (Economicos)		

Nº	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	2026																		2025						Consolidado		% Cumplimiento	OBSERVACIONES
				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC					
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E		
SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																															
1	1.1.1 Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
2	2.3.1 Evaluación e identificación de prioridades	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
3	3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud	Propios	Director TH y SST			1	1																					1	1	100%	
4	4.1.1 Metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
6	1.2.1 Programa Capacitación Promoción y Prevención P y P	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
7	1.2.3 Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST con curso virtual de 50 horas	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
8	6.1.1 Definición de indicadores del SG-SST de acuerdo condiciones de la empresa	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
9	2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG - SST	Propios	Director TH y SST																				1					1	0	0%	
10	2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST					1	1																			1	1	100%	
11	2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST			1	1																					1	1	100%	
12	2.9.1 Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Propios	Director TH y SST			1	1																					1	1	100%	
13	2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratistas	Propios	Director TH y SST	1	1																							1	1	100%	
14	2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en	Propios	Director TH y SST																	1								1	0	0%	

15	4.2.3 Elaboración de procedimientos, instructivos, fichas, protocolos	Propios	Director TH y SST	1	1																							1	1	100%	
16	3.3.1 Medición de la frecuencia de la accidentalidad	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
17	3.3.2 Medición de la severidad de la accidentalidad	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
18	3.3.3 Medición de la mortalidad por Accidentes de Trabajo	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
19	3.3.4 Medición de la prevalencia de Enfermedad Laboral	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
20	3.3.5 Medición de la incidencia de Enfermedad Laboral	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
21	4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos.	Propios	Director TH y SST											1														1	0	0%	
26	7.1.5 Evaluacion de proveedores y contatistas	Propios	Director TH y SST																	1								1	0	0%	
27	Actualizar politicas del SGSST	Propios	Director TH y SST																	1								1	0	0%	
28	Actualizar objetivos del SGSST	Propios	Director TH y SST																	1								1	0	0%	
29	Validar Planillas de Seguridad Social	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1	1		1		1		1		1		1								9	3	33%	
30	Induccion General y/o Reinduccion General al ingreso a la compañía, contiene en cumplimento del contenido de plan anual: - Socializacion de las responsabilidades en el Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo - Socializacion relgamento de Higiene y Seguridad Industrial y Reglamento Interno de Trabajo - Socializar recomendaciones médico laborales a funcionarios	Propios	Director TH y SST	1	1	1	1	1	1																1		1	3	5	167%	
31	Seguimiento al reporte de actos y condiciones inseguras	Propios	COPASSST SST					1	1																			1	1	100%	
32	Revisión y actualización de matriz de Identificación de Peligros y Valoración del Riesgo	ARL	Director TH y SST																	1								1	0	0%	
33	Encuesta de valoracion de riesgos y peligros	Propios	Director TH y SST			1	1																								
34	Elaboracion de matriz legal	ARL	Director TH y SST																							1					
35	programa de inspecciones (cronograma y listas de chequeo para inspección)	Propios	Director TH y SST																					1				1	0	0%	
36	Revision Botiquines (dotación)	Propios	Director TH y SST			1	1					1						1								1		4	1	25%	
37	Mediciones ambientales (ruido, material particulado, ruido)	Propios	Director TH y SST											1														1	0	0%	
COMITES DE APOYO (COPASST Y COCOLAB)																															
1	Conformacion copasst y/o vigia	Propios	Área de SST																									0	0		

2	Capacitacion al copasst y/o vigia	Propios	Área de SST																										0	0		
3	Encuesta al COPASST sobre riesgos y peligros para la actualizacion de la matriz de riesgos	Propios	Área de SST																										0	0		
4	Reuniones del COPASST	Propios	Área de SST																										0	0		
5	Inspecciones realizadas por el COPASST	Propios	Área de SST																										0	0		
6	Conformacion del COCOLAB	Propios	Área de SST																										0	0		
7	Capacitacion al COCOLA	Propios	Área de SST																										0	0		
8	Reuniones COCOLAB	Propios	Área de SST																										0	0		
9	Actividades COCOLAB	Propios	Área de SST																										0	0		
10	Conformacion del equipo investigador de AT	Propios	Área de SST																										0	0		
11	Capacitacion del equipo invetigador de AT	Propios	Área de SST																										0	0		
12	divulgación del informe de rendición de cuentas y revisión por la dirección	Propios	Área de SST																										0	0		
13	Informe Trimestral del Comité de Convivencia Laboral	Propios	Área de SST																										0	0		
			Total Actividades	9	9	12	12	9	9	6	0	7	0	8	0	6	0	7	0	11	0	0	0	8	1	2	1	85	32	38%	
			Cumplimiento	100%		100%		100%		0%		0%		0%		0%		0%		0%				13%		50%		**38%**					



ENCARGADO SST	REPRSENTANTE LEGAL
NOMBRE: CAMILO HEREDIA ZAMBRANO	NOMBRE: TELMO CASTILLO FAJARDO
FECHA: 07/05/2025	FECHA: 07/05/2025
FIRMA:	FIRMA:

4. CAPACITACIONES

VENTANAS & CRISTALES SAS	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: FT-SST-017
	VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS	Vigencia:
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Version:
		Página 1 de 1

FECHA: 03/03/26. HORA DE INICIO 8:00 AM. HORA FINALIZACIÓN 9:00 AM.

TIPO CAPACITACIÓN [X] SOCIALIZACION [ ] INDUCCION [ ] OTRO [X] CUAL? PAUSAS ACTIVAS

TEMA USO ADECUADO DE EPP.

RESPONSABLE: Inspector SST - Encargado

ENTREGAS: CONSORCIO SAN MIGUEL - OBRA

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jorge Garcia	79402958	Ayudante	
2	Carlos Valencia	80122099	Oficial	
3	Camilo Tares	1001187352	Oficial	
4	Nicolas Guerrero.	1023242316	Ayudante	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES:	SABANA GRANDE
CAPACITADOR:	ANGELA VEGA

Powered by CamScanner

VENTANAS & CRISTALES SAS	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: FT-SST-017
	VENTANAS CRISTALES Y ARQUITECTOS	Vigencia:
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Version:
		Página 1 de 1

FECHA: 03/03/26 HORA DE INICIO 8.00 AM HORA FINALIZACIÓN 8:30 AM

TIPO CAPACITACIÓN [x] SOCIALIZACION [ ] INDUCCION [ ] OTRO [ ] CUAL?

TEMA Uso de extensiones y herramienta electricas

RESPONSABLE: Inspector SST - Encargado

ENTREGADO: CONSORCIO SAN MIGUEL - OBRA

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Armando Reyes	80496387	OFICIAL	
2	Edwin Toscano.	94214967	OFICIAL	
3	Jose Vargas.	80407021	Ayudante	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES:	"Grancolombiano"
CAPACITADOR:	Andrea Vela G.

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha de modificación: 25/02/2026
VENTANAS, CRISTALES Y ARQUITECTOS S.A.S.	Versión: 01
LISTA ASISTENCIA CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SST	

FECHA: 04/03/26. HORA: 12:00PM. DURACION: 12:20PM. (20 min).

REUNION ☐ CAPACITACION ☒ ACTIVIDAD ☒

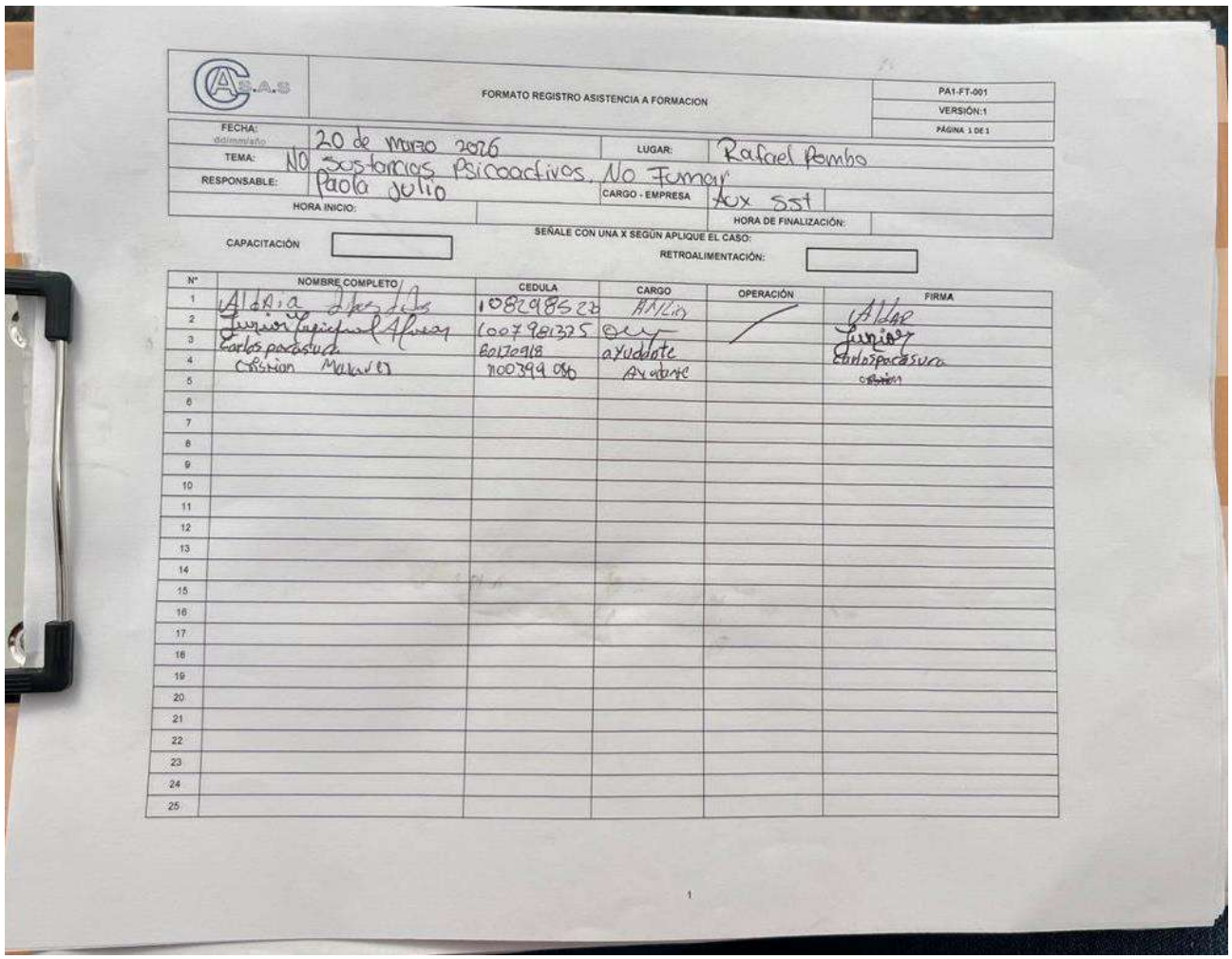
TEMA: Pausas. → charla → levantamiento adecuado de cargas.

FACILITADOR: (en el caso que aplique): Paola Andrea Vela G.

No.	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Luis Hurtado	1111802907	Luis Hurtado.
2	Edwin Toscano	74214617.	Edwin Toscano.
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" con la firma de este documento manifiesto que los datos aquí consignados son para fin exclusivo del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.

Powered by CamScanner



	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA A FORMACION	PA1-FT-001
C.A.S S.A.S		VERSIÓN:1
		PÁGINA 1 DE 1

FECHA: dd/mm/año	20 de marzo 2026	LUGAR:	Rafael Pombo
TEMA:	NO Sustancias Psicoactivas. No Fumar		
RESPONSABLE:	Paola Julio	CARGO - EMPRESA	Aux SST
HORA INICIO:		HORA DE FINALIZACIÓN:	

CAPACITACIÓN [ ] SEÑALE CON UNA X SEGÚN APLIQUE EL CASO: RETROALIMENTACIÓN: [ ]

N°	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	OPERACIÓN	FIRMA
1	Aldaiva Diaz Tejada	1082985228	ANLista		Aldaiva
2	Jurwin Lapidas Alvarez	1007981325	Op		Jurwin
3	Carlos parastura	80170918	ayudante		Carlos parastura
4	Cristian Maldonado	1003994086	Ayudante		Cristian
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA A FORMACION	PA1-FT-001
		VERSIÓN:1
		PÁGINA 1 DE 1

FECHA: dd/mm/año	09 marzo 2026	LUGAR:			
TEMA:	Condiciones de salud y Pausas activas mentales (memoria)				
RESPONSABLE:	Paola Julio	CARGO - EMPRESA	Aux SST		
HORA INICIO: 2:00 PM			HORA DE FINALIZACIÓN:	2:40 PM	

SEÑALE CON UNA X SEGÚN APLIQUE EL CASO:

CAPACITACIÓN

RETROALIMENTACIÓN:

N°	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	OPERACIÓN	FIRMA
1	ALDAIR [illegible]	1082985274	AUXI	obra	ALDAIR [illegible]
2	Jose Edwin Cuervo Ayala	1033774535	Aux 1	Obra	Jose Cuervo
3	YU EL ACOSTA	1001879604	ayudante	obra	YU EL ACOSTA
4	MILTON DAGOSA	1.072357270	AY	obra	MILTON
5	JUAN CAMILO VILLA	1016274727	Ayu	Obra	JUAN
6	JHON Gutierrez	1024520019	Oficial	obra	[illegible]
7	John Cutiva	80902444	OFICIAL	obra	[illegible]
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

C A S.A.S	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA A FORMACION	PA1-FT-001 VERSIÓN:1 PÁGINA 1 DE 1

FECHA: dd/mm/año	12/03/26		LUGAR:	Jardin Infantil Rafael Pombo	
TEMA:	Pausa activas y capacitacion cuidados de salud				
RESPONSABLE:	Paola julio		CARGO - EMPRESA	Aux sst.	
HORA INICIO:	1:40 PM		HORA DE FINALIZACIÓN:	2:00Pm	

SEÑALE CON UNA X SEGÚN APLIQUE EL CASO:

CAPACITACIÓN [X] RETROALIMENTACIÓN: [ ]

N°	NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	OPERACIÓN	FIRMA
1	Jurien Gonzalez	C00798325	Ayudante		Jurien
2	Cristian Maldonado	1100349086	ayudante		Cristian
3	JUAN ANGEL OTA	1010274727	AYU		JUAN
4	Aldair Abdala	1082485273	Aux		Aldair
5	Carlos pacasuca	80130918	ayudante		Carlospacasuca
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

JGR CONSTRUCCIONES S.A.S	REGISTRO DE PARTICIPACIÓN EN PROCESOS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN	CODIGO SST-F-005 FECHA DE VIGENCIA 14 - Nov - 2018 HOJA 1 DE 1 ACTUALIZACION 001

NOMBRE DEL EVENTO	Ruido en el sitio de trabajo.		**FECHA** 09/03/2026
CAPACITADOR 1	Selene Perez - Robles.		**HORA INICIO:** 7:00am
CAPACITADOR 2	Charla SST.		**HORA FIN:** 7:10am.
CAPACITADOR 1			**TIEMPO:** 10min-t05
No. Documento	**NOMBRE EMPLEADO**	**CARGO**	**FIRMA**
1110116552	cardo Jara	OF	
1010109726	Daber BETANCOURT	OF	

Observaciones:

RONDAS y JUEGOS

PAAA	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO	SST-FTO-14
		VERSIÓN	0
		PÁGINA	1
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA VIGENCIA	2022
		ELABORADO POR:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 09- MARZO- 2026 HORA DE INICIO: 07:00 Am HORA FINALIZACIÓN: 08:00 Am

TIPO CAPACITACIÓN ☐ REUNIÓN ☐ INDUCCIÓN ☐ CHARLA ☒ REINDUCCIÓN ☐

TEMA DE CAPACITACIÓN O CHARLA USO ADECUADO DE EPPS y EPCC.

No.	NOMBRES	APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Deiner C	Cisneros	1070923984	Aprendiz	Deiner C
2	DARWIN	PUERTA	113722058	AY	DARWIN
3	Brandon	MORENO	1120[illegible]5	AY	Brandon
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

FIRMA DEL CAPACITADOR

SAN BENITO

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO	SST-FTO-14
PAAA		VERSIÓN	0
		PÁGINA	1
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA VIGENCIA	2022
		ELABORADO POR:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 09-MARZO-2026 HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA FINALIZACIÓN: 08:00 am

TIPO CAPACITACIÓN ☐ REUNIÓN ☐ INDUCCIÓN ☐ CHARLA ☒ REINDUCCIÓN ☐

TEMA DE CAPACITACIÓN O CHARLA USO ADECUADO EPPS Y EPCC.

No.	NOMBRES	APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Edgar Leonardo	Serrano	80770117	Pintor	
2	Christian Bedoya	Bedoya	80225870	Pinto	
3	Brayan	Brada	1030532219	Encargado	
4	JOSE G.	Herrera b.	1094320	AY	
5	EPCC N	Martinez	704341218	AY	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

FIRMA DEL CAPACITADOR

	FORMATO DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES	Codigo: FI-SP-SST-01
		Versión: 01
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 22/10/2022

Fecha/lugar	Jardin Yanacona.
Tema	Uso de herramientas manuales.
Puntos tratados	Socializar a los trabajadores el buen uso de las herramientas manuales.

Nombre del instructor	Laura Beltran	CARGO	SST.

Charla [X] Capacitación [ ] Entrenamiento [ ] Inducción [ ]

Reinducción [ ] Reunión [ ] otro? Cual?

Item	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Ricardo perez	1026260547	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Laura Beltrán

Nombre y Firma de los instructores

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Jose RUIZ	# C.C.:	1031804969.
CARGO:		OBRA:	

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Gafas oscuras	Jose RUIZ
19-01-26	X			1	Guantes nitrilo	Jose RUIZ
19-01-26	X			1	Tapabocas.	Jose RUIZ
27-01-26			X	1	Gafas lente claro	Jose RUIZ
27-01-26			X	1	tapaoidos	Jose RUIZ
05-02-26	X	X		1	Overol-Camisa.	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Sneider Guerrero	# C.C.:	1028942074
CARGO:		OBRA:	

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Gafas oscuras	Sneider
19-01-26	X			1	Guantes Nitrilo	Sneider
19-01-26	X			1	Tapabocas	Sneider
27-01-26			X	1	Guantes Nitrilo.	Sneider
05-02-26	X	X		1	Overol dotacion	Sneider

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

SP CONSTRUCCIONES Y CONSULTORIAS	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL					Código: FMSST-SP 08 Página 1 de 1 Versión: 2 Fecha: diciembre 2025
NOMBRE Y APELLIDOS:	Denwis Peña.			# C.C.:		1820644 75
CARGO:	Oficial			OBRA:	Jardin Social B. Vela	

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
16-01-26	X			1	Guantes Nitrilo.	Denis Peña
19-01-26			X	1	Guantes. Nitrilo	Denis Peña
19-01-26	X			1	Gafas oscuras.	Denis Peña
19-01-26	X			1	Tapabocas.	Denis Peña
23-01-26			X	1	Guantes de vaqueta.	Denis Peña
28-01-26			X	1	Guantes Nitrilo.	Denis Peña
05-01-26	X	Dotación		1	Overol - Camisa.	Denis Peña

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS:	Juan David Camargo	# C.C.:	80124888
CARGO:		OBRA:	Jardin Social B.Vista.

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Gafas oscuras	
19-01-26	X			1	Guantes de Nitrilo	
19-01-26	X			1	Tapabocas	
20-01-26	X			1	Casco	
20-01-26	X			1	Barbiquejo	
27-01-26			X	1	Tapaoidos	
05-02-26	X	dotacion		1	Overol dotacion.	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Alberto Solaez	# C.C.:	7642911
CARGO:	OFicial.	OBRA:	Jardin Social B. Vista.

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
16-01-26	X			1	Guantes de Nitrilo	SOLAEZ
19-01-26			X	1	Guantes de Nitrilo.	SOLAEZ
19-01-26			X	1	GaFas lente oscuro	SOLAEZ
19-01-26			X	1	Tapabocas	SOLAEZ
23-01-26			X	1	Guantes de Nitrilo.	SOLAEZ
05-02-26	X	Dotacion		1	Overol Dotacion	SOLAEZ

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FM001-SP-08 Página 1 de 1 Versión: 3 Fecha: diciembre 2015

NOMBRE Y APELLIDOS: Rolanson Soto — #C.C: 1033769793

CARGO: — OBRA: Jardín Social - B. Vista

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Gafas oscuras	
19-01-26	X			1	Tapabocas	
19-01-26	X			1	Guantes	
20-01-26	X			1	casco	
20-01-26	X			1	Arnes	
20-01-26	X			1	Barbiquejo	
05-02-26	X	Dotacion	X	1	Dotacion - Overol	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS:	Deimer Soto	# C.C.:	1033730855
CARGO:	Ayudante	OBRA:	Jardin Social B. Vista.

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Gafas oscuras	
19-01-26	X			1	Guantes	
19-01-26	X			1	Tapabocas	
20-01-26	X			1	Casco	
20-01-26	X			1	Barbiquejo.	
27-01-26	X			1	Tapaoidos.	
05-02-26	X	Dotacion1		1	overol dotacion	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Donasis Peña.	# C.C.:	7642217
CARGO:		OBRA:	

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
19-01-26	X			1	Guantes Nitrilo	Donasis
19-01-26	X			1	Gafas Oscuras.	Donasis
19-01-26	X			1	Tapabocas.	Donasis
20-01-26	x			1	Guantes vaqueta	Donasis
28-01-26			X	1	Guantes Nitrilo	Donasis
05-02-26	x	x		1	Overol Dotacion	Donasis

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

JGR CONSTRUCCIONES S.A.S	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				CODIGO SGSST-F-0014 FECHA DE VIGENCIA 05-Mayo-2018 HOJA 1 DE 1 ACTUALIZACION 000
PROYECTO		CONSORCIO SANTA ISABEL			
FECHA	**NOMBRE DE TRABAJADOR**	**CANTIDAD**	**ELEMENTO DE PROTECCIÓN**	**REFERENCIA**	**FIRMA**
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	OVEROL CONSORCIO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GUANTES		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPAOIDOS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPABOCAS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	CASCO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GAFAS		Rodolfo
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GUANTES		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	CASCO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GAFAS		
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	OVEROL CONSORCIO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GUANTES		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPAOIDOS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPABOCAS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	CASCO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GAFAS		Adalverto
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GUANTES		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	CASCO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GAFAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	OVEROL CONSORCIO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GUANTES		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPAOIDOS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPABOCAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	CASCO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GAFAS		
27/01/26	Rafael V.	1	OVEROL CONSORCIO		
27/01/26	Rafael V.	1	GUANTES		
27/01/26	Rafael V	1	TAPAOIDOS		
27/01/26	Rafael V.	1	TAPABOCAS		
27/01/26	Rafael V	1	CASCO		
27/01/26	Rafael V	1	GAFAS		

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO: SG-SST-FEPP-001
		FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Victor	CARGO: AY	N° DE CEDULA: 1.126.124 556

EPPS Y DOTACIÓN

N°	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	20-01-2025	✓								✓					✓				✓				✓	✓			Victor
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
DETALLE DE OTROS:																											

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÒDIGO: SG-SST-FEPP-001
PAAA		FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025
	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose G. Herrera 1094132	CARGO: Ayudante	N° DE CEDULA: 1094/3206

EPPS Y DOTACIÓN

N°	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	20-01-2026	✓								✓					✓				✓				✓	✓			Jose
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
DETALLE DE OTROS:																											

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO: SG-SST-FEPP-001
	FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: CRISTIAN BEDOYA. CARGO: OFICIAL.	Nº DE CEDULA: 80.255.870

EPPS Y DOTACIÓN

Nº	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	29-ENERO-2026	/		/					/	/					/				/		/		/				
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
DETALLE DE OTROS:																											

	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	CÓDIGO: SO-SST-FEPP-001
		FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDGAR SERRANO	CARGO: OFICIAL	Nº DE CEDULA: 80.770.117

EPPS Y DOTACIÓN

Nº	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	29-ENERO-2026	/		/					/	/						/			/		/		/			EDGAR S.
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
DETALLE DE OTROS:																											

		CÓDIGO: SG-SST-FEPP-001
	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025
PAMA	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Carlos Ríos. CARGO: Oficial N° DE CEDULA: 1024544213

EPPS Y DOTACIÓN

N°	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	30-ENERO-2026																										
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											

DETALLE DE OTROS:

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN

CÓDIGO: SG-SST-FEPP-001

FECHA VIGENCIA: 01/01 /2025

ELABORADO POR: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nº DE CEDULA: 1137220852

CARGO: AUXILIAR

NOMBRE DEL TRABAJADOR: DAVID PUERTAS

EPPS Y DOTACIÓN

Nº	FECHA DE ENTREGA	BARBUQUEJO	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTA TIPO INGENIERO	CAPUCHON	CARETA DE PROTECCIÓN FACIAL	CASCO	CHALECO CON REFLECTIVO	GAFAS DE SEGURIDAD	GUANTES CARNAZA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE CARNAZA LARGOS	GUANTES DE CAUCHO TIPO MOSQUETERO	GUANTES POLIURETANO	GUANTES VAQUETA	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS NO DEFINIDOS	OVEROL (PANTALÓN, CHAQUETA Y CAMISA).	OVEROL IMPERMEABLE	PROTECTOR AUDITIVO INSERCIÓN	RESPIRADOR CON FILTRO	TAPABOCAS DESECHABLES	TAPAOIDOS COPA	OTROS	FIRMA SST	FIRMA TRABAJADOR
1	30-ENERO-2026																										DAVID
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											

DETALLE DE OTROS:

JGR CONSTRUCCIONES S.A.S	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				CODIGO SGSST-F-0014 FECHA DE VIGENCIA 05-Mayo-2018 HOJA 1 DE 1 ACTUALIZACION 000
PROYECTO		CONSORCIO SANTA ISABEL			
FECHA	**NOMBRE DE TRABAJADOR**	**CANTIDAD**	**ELEMENTO DE PROTECCIÓN**	**REFERENCIA**	**FIRMA**
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	OVEROL CONSORCIO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GUANTES		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPAOIDOS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPABOCAS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	CASCO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GAFAS		Rodolfo
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GUANTES		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	CASCO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GAFAS		
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	OVEROL CONSORCIO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GUANTES		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPAOIDOS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPABOCAS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	CASCO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GAFAS		Adalverto
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GUANTES		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	CASCO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GAFAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	OVEROL CONSORCIO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GUANTES		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPAOIDOS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPABOCAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	CASCO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GAFAS		
27/01/26	Rafael V.	1	OVEROL CONSORCIO		
27/01/26	Rafael V.	1	GUANTES		
27/01/26	Rafael V	1	TAPAOIDOS		
27/01/26	Rafael V.	1	TAPABOCAS		
27/01/26	Rafael V	1	CASCO		
27/01/26	Rafael V	1	GAFAS		

Powered by CamScanner

JGR CONSTRUCCIONES S.A.S	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL				CODIGO SGSST-F-0014 FECHA DE VIGENCIA 05-Mayo-2018 HOJA 1 DE 1 ACTUALIZACION 000
PROYECTO		CONSORCIO SANTA ISABEL			
FECHA	**NOMBRE DE TRABAJADOR**	**CANTIDAD**	**ELEMENTO DE PROTECCIÓN**	**REFERENCIA**	**FIRMA**
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	OVEROL CONSORCIO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GUANTES		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPAOIDOS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	TAPABOCAS		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	CASCO		Rodolfo
1/22/2026	RODOLFO GUACANEME	1	GAFAS		Rodolfo
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GUANTES		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	CASCO		
1/23/2026	MISAEL MURILLO	1	GAFAS		
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	OVEROL CONSORCIO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GUANTES		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPAOIDOS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	TAPABOCAS		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	CASCO		Adalverto
1/23/2026	ADALBERTO PEREZ	1	GAFAS		Adalverto
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	OVEROL CONSORCIO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GUANTES		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPAOIDOS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	TAPABOCAS		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	CASCO		
1/23/2026	JOSE BETANCOURT	1	GAFAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	OVEROL CONSORCIO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GUANTES		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPAOIDOS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	TAPABOCAS		
23/01/26	Duver Betancourt	1	CASCO		
23/01/26	Duver Betancourt	1	GAFAS		
27/01/26	Rafael V.	1	OVEROL CONSORCIO		
27/01/26	Rafael V.	1	GUANTES		
27/01/26	Rafael V	1	TAPAOIDOS		
27/01/26	Rafael V.	1	TAPABOCAS		
27/01/26	Rafael V	1	CASCO		
27/01/26	Rafael V	1	GAFAS		

Powered by CamScanner

SP CONSTRUCCIONES Y CONSULTORIAS	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Ricardo Perez Cortez	# C.C.:	1026426047
CARGO:	Oficial	OBRA:	Yanacona-Jardin

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
26-02-26	X			1	Dotacion Pantalon camisa	
26-02-26	X			1	casco - barbuquejo	
26-02-26	X			1	Guantes	
26-0-26				1	Gafas	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS:	Elkin David Pacheco Tejada.	# C.C.:	1033772704.
CARGO:	Oficial Soldador	OBRA:	Jardin social Buena vista.

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
04-02-26	X			1	Casco	ELKIN PACHECO T
04-02-26	X			1	Gafas.	elkin Pacheco T.
04-02-26	X.			1	Guantes.	ELKIN PACHECO T.
23-02-26			X	1	Guantes Nitrilo	ELKIN Pacheco T.
26-02-26	X			1	Dotacion camisa Pantalon	ELKIN PACHECO T.

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS: Ramit Enrique Pacheco Tejada # C.C.: 1031142942

CARGO: Oficial Soldador. OBRA: Jardin Social Buena Vista.

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
04-02-26	X			1	casco	
04-02-26	X			1	Guantes	
04-02-26	X			1	Gafas	
26-02-26	X			1	camisa pantalon	
26-02-26			X	1	Guantes Nitrilo	
26-02-26	X			1	Overol completo dotacion	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: FMSST-SP 08
		Página 1 de 1
		Versión: 2
		Fecha: diciembre 2025

NOMBRE Y APELLIDOS :	Juan Camilo Atencia Bertel	# C.C.:	1652963016
CARGO:		OBRA:	

FECHA ENTREGA (dd-mmm-aaaa)	MARQUE X PARA EL TIPO DE ENTREGA			CANTIDAD	DETALLE DOTACIÓN Y/O ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIRMA DE RECIBIDO
	Ingreso o nueva actividad	Reposición legal (cada 4 meses)	Reposición por daño o deterioro			
04-02-26	X			1	Casco	
04-02-26	X			1	Gafas	
04-02-26	X			1	Guantes	
26-02-26	X			1	camisa pantalon dotacion	
26-02-26			X	1	Guantes Nitrilo	
26-02-26	X			1	overol completo dotacion	

* Aplica para trabajadores que devenguen hasta 2 SMLV

Este registro original debe ser archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada trabajador

Powered by CamScanner

6. REPORTES AT

INFORME DE ACTIVIDADES

Post-Accidente de Trabajo

Caída en Alturas — Obra Jardín Infantil Tintalito, Bogotá

Proyecto	Obras Jardín Infantil Tintalito
Sede(s)	Cra. 88A #42F-25 Bogotá
Tipo de evento	Accidente de trabajo — Caída en alturas (~3 m)
Trabajador accidentado	Javier Alfonso Castro
Fecha del accidente	13 de febrero de 2026
Elaborado por	Nicolas Escudero – Santiago Salazar O
Fecha de elaboración	26 de marzo de 2026
Versión	

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

1. OBJETIVO

Documentar y evidenciar las actividades de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo ejecutadas como respuesta y cierre al accidente de trabajo ocurrido por caída en alturas desde aproximadamente tres (3) metros de altura, sufrido por el trabajador **Javier Alfonso Castro** el día **13 de febrero de 2026**, en las obras del Jardín Infantil Tintalito, ubicadas en las sedes de la Carrera 88A #42F-25 y Carrera 98 #19-28 de Bogotá, con el fin de demostrar la implementación de acciones correctivas y preventivas orientadas a evitar la recurrencia del evento, garantizar condiciones seguras de trabajo en alturas para el personal vinculado, y dar cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019.

Para el cumplimiento de este objetivo se adelantaron las siguientes acciones: capacitación al equipo de obra sobre subsanación de accidente laboral con registro formal de asistencia; inspección y verificación del uso correcto de arnés de seguridad, casco y demás elementos de protección personal en trabajos sobre andamio; charla de seguridad con retroalimentación directa al personal sobre las causas del evento y las medidas de control aplicables; y visitas de seguimiento en ambas sedes para constatar el cumplimiento de las condiciones seguras de trabajo en actividades de alto riesgo.

2. ANTECEDENTES DEL EVENTO

Se registró un accidente de trabajo consistente en caída en alturas desde aproximadamente tres (3) metros de altura en la obra del Jardín Infantil Tintalito. El evento involucró al trabajador **Javier Alfonso Castro**, ocurrido el día **13 de febrero de 2026**. En respuesta inmediata al evento, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo activó el protocolo de atención y gestión de accidentes laborales, dando inicio a las actividades de investigación, formación y seguimiento que se describen en el presente documento.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS POST-ACCIDENTE

A **Capacitación: Subsanación de accidente laboral** — 13/03/2026 · 2:00 – 2:30 PM

Descripción de la actividad

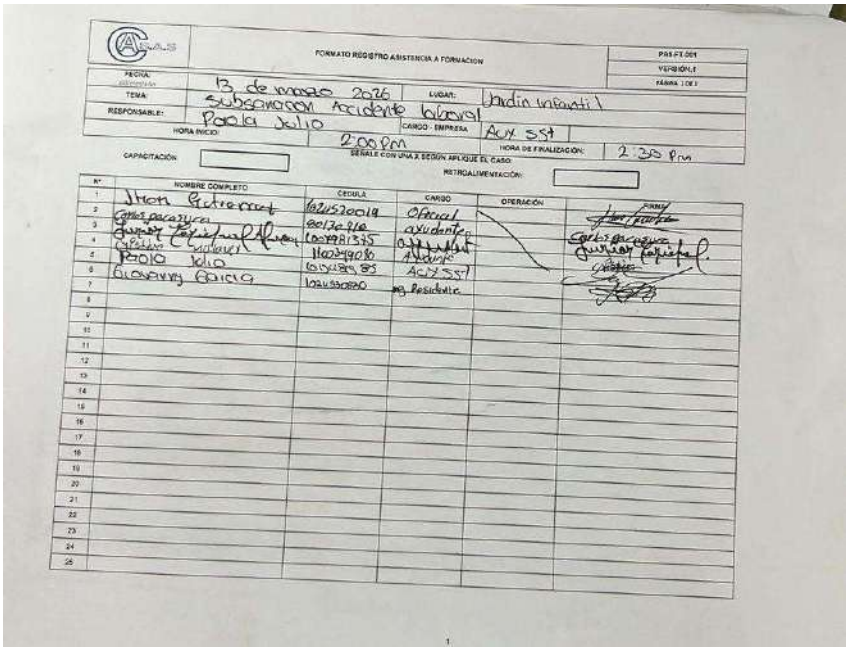
El día 13 de marzo de 2026, entre las 2:00 PM y las 2:30 PM, se llevó a cabo una capacitación en las instalaciones del Jardín Infantil con el tema "Subsanación de accidente laboral", dirigida al equipo de obra directamente relacionado con el evento. La actividad fue conducida por Paola

Julio, Auxiliar SST, y contó con la participación de seis (6) trabajadores, quedando registrada en el formato PA1-FT-001 Versión 1.

Asistentes

Jhon Gutierrez	Oficial · C.C. 162052001
Carlos Pacastca	Ayudante · C.C. 80130918
Junior Lapiche	Ayudante · C.C. 1007981375
Cristian Malave	Ayudante · C.C. 1160399080
Paola Julio	Aux. SST · C.C. 1015485085
Giovanny García	Ing. Residente · C.C. 1024530880

Evidencias fotográficas


FORMATO REGISTRO ASISTENCIA A FORMACION

PA1-FT-001 · VERSION 1 · PÁGINA 1 DE 1

FECHA: 13 de marzo 2026 · LUGAR: Jardín Infantil

TEMA: Exposición Accidente laboral

RESPONSABLE: Paola Julio · CARGO - EMPRESA: Aux. SST

HORA INICIO: 2:00 PM · HORA DE FINALIZACIÓN: 2:30 PM

CAPACITACIÓN: · RETROALIMENTACIÓN:

SEÑALE CON UNA X SEGÚN APLIQUE EL CASO

Nº	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	CARGO	OPERACIÓN	FIRMA
1	Jhon Gutierrez	162052001	Oficial		
2	Carlos pacastca	80130918	ayudante		
3	Junior Lapiche	1007981375	Ayudante		
4	Cristian Malave	1160399080	Ayudante		
5	Paola Julio	1015485085	Aux. SST		
6	Giovanny García	1024530880	Ing. Residente		

Formato de asistencia PA1-FT-001 diligenciado — 13/03/2026







Capacitación al equipo de obra — 13/03/2026 *Capacitación al equipo de obra — 13/03/2026* *Capacitación al equipo de obra — 13/03/2026*

B Inspección: Verificación de EPP en trabajo en alturas

07/03/2026 · 8:33 AM

Descripción de la actividad

El día 7 de marzo de 2026 se realizó inspección de verificación de las condiciones seguras de trabajo en alturas en la sede Carrera 88A #42F-25. Se constató el uso correcto del arnés de seguridad completo con línea de vida anclada, casco de seguridad y demás elementos de protección personal durante actividades desarrolladas sobre andamio en trabajo sobre cubierta.

Hallazgos de la inspección

- Trabajador usa arnés de cuerpo entero correctamente ajustado.
- Línea de vida anclada al punto de amarre autorizado.
- Casco de seguridad correctamente posicionado.
- Andamio en condiciones estables para el trabajo en altura.

Evidencia fotográfica



Trabajador en andamio con arnés completo y línea de vida — Cra. 88A #42F-25 · 07/03/2026

C Charla de seguridad y retroalimentación al equipo de obra

21/03/2026 · 10:22 AM

Descripción de la actividad

El día 21 de marzo de 2026, a las 10:22 AM, se realizó una charla de seguridad al aire libre con el equipo completo de la obra ubicada en la Carrera 88A #42F-25. La charla fue conducida por la Auxiliar SST y tuvo como propósito brindar retroalimentación sobre el accidente ocurrido, analizar las causas del evento, reforzar las normas de trabajo seguro en alturas y recordar la obligatoriedad del uso del EPP en todas las actividades de riesgo.

Temas tratados en la charla

- Análisis de causas del accidente de caída en alturas.
- Normas de seguridad para trabajos en altura (Resolución 4272 de 2021).
- Uso correcto y obligatorio de arnés, casco y línea de vida.
- Procedimiento de reporte e investigación de accidentes.
- Compromisos individuales de seguridad del equipo de obra.

Evidencias fotográficas



Charla de seguridad — Cra. 88A #42F-25 · 21/03/2026



Retroalimentación al equipo — Cra. 88A #42F-25 · 21/03/2026

D **Visita de seguimiento — Sede Cra. 98 #19-28** 20/03/2026 · 2:32 – 2:36 PM

Descripción de la actividad

El día 20 de marzo de 2026 se realizó visita de inspección y seguimiento en la segunda sede del proyecto ubicada en la Carrera 98 #19-28. La visita tuvo como objetivo verificar las condiciones de seguridad durante las actividades de demolición de piso, el orden y aseo del área de trabajo, el manejo adecuado de escombros y el uso de los elementos de protección personal por parte del equipo.

Aspectos verificados

- Condiciones de orden y aseo en zona de demolición.
- Manejo seguro y segregación de escombros y materiales.
- Uso de EPP (casco, guantes, tapabocas) durante la actividad.
- Demarcación y señalización del área de trabajo.
- Instrucciones directas al equipo sobre las medidas de control.

Evidencias fotográficas



Visita SST e inspección de condiciones — Cra. 98 #19-28 · 20/03/2026 · 2:32 PM



Seguimiento a actividades de demolición — Cra. 98 #19-28 · 20/03/2026 · 2:36 PM

4. CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

- Se realizó capacitación inmediata con registro formal de asistencia (PA1-FT-001) al equipo involucrado en el accidente, abordando el tema de subsanación de accidente laboral.
- Se verificó el uso correcto de arnés de seguridad completo, casco y línea de vida en trabajos en altura sobre andamio en la sede Carrera 88A #42F-25.
- Se llevó a cabo charla de seguridad con retroalimentación al equipo completo de obra sobre las causas del evento y las medidas preventivas aplicables.

- Se realizaron visitas de seguimiento en ambas sedes del proyecto, constatando las condiciones de seguridad en las actividades de demolición y trabajos en altura.
- Toda la gestión queda respaldada con evidencia fotográfica y documental como soporte del SG-SST y para los procesos de investigación del accidente.

5. FIRMAS DE RESPONSABLES

Nicolas Escudero
Administrador Profesional en seguridad y salud en el trabajo
Asesor externo SG-SST
Contra Azimut Servicie Consulting

Giovanny García
Ingeniero Residente ·
Obra Tintalito

Santiago Salazar Orozco
Profesional en Salud Ocupacional
Lic. 71414
Especialista en Sistemas de gestión Integral
Asesor externo SG-SST
Contra Azimut Servicie Consulting

Paola Julio
Supervisora SST.
Obra Tintalito

Antonio Cely Pinzón
Representante legal

Kevin Andrés Cely Roa
Integrante COPASST

Decreto 1072 de 2015 · Resolución 0312 de 2019 · Resolución 4272 de 2021 ·

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ANTONIO CELY S.A.S	CODIGO:
		VERSION: 03
	PROCESO DE IDENTIFICACION DE ACCIDENTES HE INCIDENTES LABORALES	FECHA: 28/02/2026

Registre la información según corresponda:

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre de la entidad: **Antonio Cely S.A.S**			**DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**					
Sede: **Jardín Infantil Tintalito**				Área:	**Salones**			
Lugar donde ocurrió el evento:			**Jardín Infantil Tintalito Bogotá D.C**					
Nombre del funcionario o contratista:			**Javier Alfonso Castro Cárdenas**					
Documento de identidad:			**7.630.373**	Edad	**45**	Género:	M **X** F	
Asignación salarial:	2.000.000							
Cargo:	**OFICIAL DE CONSTRUCCION**							
Antigüedad entidad (meses):	2 meses		Antigüedad en el cargo como independiente (meses):		**+ 60**			

2. DATOS DEL EVENTO:

INCIDENTE		**ACCIDENTE DE TRABAJO**	**X**

Municipio:	**Bogotá D.C**		Departamento:		**Cundinamarca**		
Fecha del evento:	Día	13	mes	02	año	2026	
Día de la semana:	**VIERNES**		Hora del evento:		**14:00**		
Horas laboradas antes del evento:			**7**				
Lesión:	**Contusiones por golpes**						
Potencial de gravedad de perdida:		Mayor		Seria		Menor	**X**
Probabilidad de ocurrencia:		Frecuente		Ocasional		Rara vez	

LUGAR DEL ACCIDENTE

Oficina			Lugares de recreo			Vía pública	
Taller			Instalación al aire libre			Andamio y grúas	**X**
Almacén			Superficies de extracción			Techos	**X**
Estructuras			Patios de labor			Maquinaria o equipos	
Corredores			Comedores y cocinas			Planta de producción	
Cámaras			Actividad deportiva			Parqueadero	
Escaleras			Baños			Otro	**X**

Sí es otro, ¿Cuál?: **Salones escolares jardín infantil tintalito**

¿La labor desarrollada en el momento del accidente corresponde al cargo?:	SÍ	x	NO	
¿Al momento del accidente, el funcionario se encontraba en cumplimiento de órdenes del empleador?:	SÍ	x	NO	
¿El evento se presentó por accidente de tránsito?:	SÍ		NO	X

En caso de responder "SÍ" a la pregunta anterior, especificar si el vehículo de transporte es:			Propio		Suministrado por la Unidad		
¿Hubo Testigos?	SÍ		NO	X	¿Cuántos?		

3. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

¿Qué actividad hacia?	**Cambio de tejas de la cubierta del jardín infantil tintalito, ubicado en la ciudad de Bogotá D.C, instalaciones de nuevas tejas y/o cubiertas**
¿Qué pasó?	**Al momento de retirar una de las tejas de la cubierta las cuales se encontraban en mal estado, pone sus pies sobre una de estas, lo que ocasiona que, al momento de ejercerle peso a la misma seda, ocasionando una caída inminente al operario.**
¿Por qué pasó?	**Durante el desarrollo de la actividad, el trabajador realizó un desplazamiento sobre la cubierta, momento en el cual apoyó su peso sobre una teja que presentaba deterioro estructural, la cual no soportó la carga aplicada, generando su fractura o colapso. Como consecuencia de esta situación, el trabajador perdió el punto de apoyo y cayó al nivel inferior, ocasionándose el accidente de trabajo.**
¿Con quién?	**El trabajador se encontraba en la cubierta solo, los demás empleados de la empresa, se encontraban trayendo el material hacia el punto donde lo debían dejar**

4. CAUSAS DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

PROBABLES CAUSAS INMEDIATAS		
CONDICIONES SUB - ESTÁNDARES (AMBIENTALES)		
000	Defectos de los agentes	N/A
100	Riesgo de la ropa o vestuario	N/A
200	Riesgos ambientales no especificados en otra parte	N/A
300	Riesgo de colocación o emplazamiento (materiales, equipos, etc., exceptuando las personas	X
500	Riesgos ambientales en trabajos exteriores, distintos a los otros riesgos públicos	X
600	Riesgo público	N/A

ACTOS / COMPORTAMIENTOS SUB - ESTÁNDARES (PERSONAS)		
000	Limpieza, lubricación, ajuste o reparación de equipo móvil eléctrico o de presión	N/A
100	Omitir el uso de equipo de protección personal disponible	X
200	No asegurar o advertir	X
300	Bromas o juegos pesados	N/A
400	Uso inadecuado de equipo	X
500	Uso inapropiado de las manos o partes del cuerpo	N/A
600	Falta de atención a las condiciones del piso o las vecindades	N/A
700	Hacer inoperantes los dispositivos de seguridad	N/A
800	Operar o trabajar a velocidad insegura	X
850	Adoptar una posición insegura	X
900	Errores de conducción	N/A
1000	Colocar, mezclar, combinar, etc., inseguramente	X
1100	Usar equipo inseguro	N/A
1200	Métodos o procedimientos peligrosos	N/A

PROBABLES CAUSAS BÁSICAS O RAÍZ					
FACTORES PERSONALES			**FACTORES DEL TRABAJO**		
000	Capacidad física / fisiología inadecuada	N/A	000	Fallas de supervisión y/o liderazgo deficiente	X
100	Capacidad mental/psicológica inadecuada	N/A	100	Ingeniería y/o diseño inadecuado	N/A
200	Tensión (estrés) física o fisiológica	N/A	200	Deficiencia en las adquisiciones / compras	N/A
300	Tensión (estrés) mental o psicológica	N/A	300	Mantenimiento deficiente / inadecuado	N/A
400	Falta de conocimiento	N/A	400	Herramientas y equipos inadecuados	N/A
500	Falta de habilidad	N/A	500	Estándares o procedimientos de trabajo inadecuados por el trabajador	X
600	Motivación deficiente	N/A	600	Desgastes por exceso de uso	N/A
			700	Abuso o maltrato	N/A
OTROS FACTORES DE TRABAJO					
800	Selección y control de contratistas	N/A	900	Comunicación	N/A

5. CIRCUNSTANCIAS DEL INCIDENTE O ACCIDENTE DE TRABAJO

1. Caída mismo nivel	N/A	7. Contacto fuego u objeto caliente	N/A
2. Caída de distinto nivel	X	8. Proyección de partículas	N/A
3. Golpe contra objetos o estructura	X	9. Exposición arco eléctrico	N/A
4. Atrapamiento	N/A	10. Sobre esfuerzo	N/A
5. Contacto objeto cortante	N/A	11. Atropellamiento o choque	N/A
6. Contacto objeto punzante	N/A	12. Otro, ¿Cuál?	

AGENTE DEL ACCIDENTE:

1. Presión atmosférica	N/A	16. Piedras	N/A	31. Herramienta manual mecanizada	X
2. Animales y/o sus productos	N/A	17. Árboles	N/A	32. Equipos de izar	N/A
3. Cajas, barriles, bultos, carga	N/A	18. Bombas	N/A	33. Escaleras	N/A
4. Artículos de cerámica	N/A	19. Desecho industrial	N/A	34. Edificación	X
5. Sustancias químicas	N/A	20. Vehículos	N/A	35. Partículas	N/A
6. Vestuario	N/A	21. Superficies de trabajo en altura	X	36. Aparatos de transmisión de fuerza	N/A
7. Excavaciones	N/A	22. Desconocido	N/A	37. Productos minerales	N/A
8. Mobiliario	N/A	23. Postes	N/A	38. Papel	N/A
9. Herramienta manual	X	24. Petróleo y/o sus derivados	N/A	39. Artículos de plástico	N/A
10. Tapa cámara	N/A	25. Redes de transmisión	N/A	40. Armas	N/A
11. Agentes infecciosos	N/A	26. Drogas	N/A	41. Producto textil	N/A
12. Líquidos	N/A	27. Aparatos eléctricos	N/A	42. Productos de madera	N/A
13. Máquinas y/o equipos	X	28. Recipientes de presión	N/A	43. Medio ambiente	N/A
14. Jeringas, agujas	N/A	29. Productos alimenticios	N/A	44. Otro, ¿Cuál?	
15. Artículos de metal	N/A	30. Artículos de vidrio	N/A		

6. CONSECUENCIAS

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:					
Cráneo (cabeza)	NO	Antebrazo izquierdo	NO	Dedos pie derecho	NO
Hombro izquierdo	NO	Antebrazo derecho	NO	Tórax	SI
Hombro derecho	NO	Pie izquierdo	NO	Rodilla izquierda	NO
Muslo izquierdo	NO	Pie derecho	NO	Rodilla derecha	NO
Muslo derecho	NO	Cuello	NO	Abdomen	SI
Cara	SI	Mano izquierda	SI	Sist. orgánicos	NO
Brazo izquierdo	NO	Mano derecha	NO	Todo el órgano	NO
Brazo derecho	NO	Dedos mano derecha	NO	Genitales	NO
Pierna izquierda	NO	Dedos mano izquierda	SI	Glúteo izquierdo	NO
Pierna derecha	NO	Todo el cuerpo	NO	Glúteo derecho	NO
Ojo izquierdo	NO	Espalda o área lumbar	SI	Otro, ¿Cuál?	
Ojo derecho	NO	Dedos pie izquierdo	NO		

LESIONES PRODUCIDAS:					
Sin lesión aparente	NO	Raspadura	NO	Herida	SI
Esguince o torcedura	NO	Luxación	NO	Reacción alérgica	NO
Quemadura calórica	NO	Quemadura química	NO	Lumbago o desgarro	NO
Fractura	NO	Amputación o enucleación	NO	Envenenamiento o intoxicación	NO
Contusión cerebral	NO	Congelación	NO	Pérdida de audición	NO
Insolación	NO	Trauma de tejidos blandos	NO	Hernias	NO
Efecto radiación ionizante	NO	Efecto radiación no ionizante	NO	Muerte	NO
Otra lesión, ¿Cuál?					

7. MANEJO DEL ACCIDENTADO

Primeros auxilios:	Sí		Brigadista:	Yermis María González Guerrero		NO	
Atención en IPS	Sí		Nombre IPS:	Clínica la colina		NO	
Hospitalización:	Sí		Días de Hospitalización:		5 días	NO	

8. INCAPACIDAD

20 días con prorroga

9. ANALISIS DE CAUSA RAIZ:

CINCO (5) POR QUÉ:

1. ¿Por qué ocurrió el accidente?

Porque el trabajador **pisó una teja deteriorada que cedió al soportar su peso**, generando la pérdida del punto de apoyo y la posterior caída.

2. ¿Por qué el trabajador pisó una teja deteriorada?

Porque **no identificó previamente el estado de deterioro de la teja** durante el desplazamiento sobre la cubierta.

3. ¿Por qué no se identificó el deterioro de la teja antes de pisarla?

Porque, el trabajador no **realizó una verificación detallada de las condiciones estructurales de la teja antes de ponerle su peso**

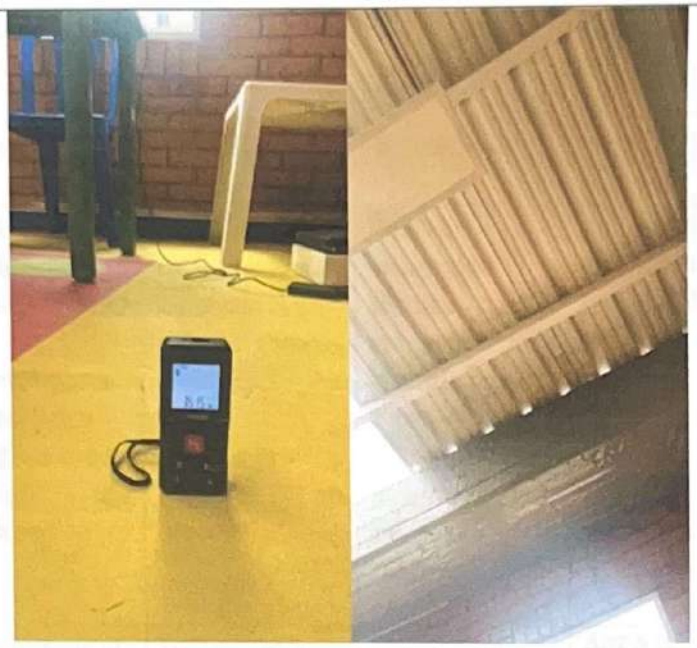
4. ¿Por qué no se realizó la verificación detallada de la superficie de trabajo?

Porque **el trabajador se confió que la teja soportaría su peso como lo venia haciendo con las otras que ya había quitado**

5. ¿Por qué el trabajador no contemplo esta inspección específica?

Porque **no había identificado previamente este riesgo dentro del análisis de peligros y evaluación de riesgos asociados a la actividad en cubierta**, lo que generó que el mismo se confiara de que la teja soportaría su peso

De acuerdo con el análisis realizado mediante la metodología de los **5 ¿Por qué?**, se establece que el accidente ocurrió cuando el trabajador, durante el desarrollo de actividades sobre una cubierta, **apoyó su peso sobre una teja que se encontraba deteriorada**, la cual cedió estructuralmente generando la pérdida del punto de apoyo y la posterior caída desde una altura aproximada de 3.515 Metros (Se adjunta medición realizada)



El análisis evidencia que el trabajador **no identificó previamente el estado de deterioro de la teja antes de apoyarse sobre ella**, lo que impidió reconocer el riesgo asociado a la fragilidad de la superficie de trabajo. Esta situación se relaciona con la **ausencia de una verificación detallada de las condiciones de la cubierta antes de ejercer carga sobre la misma**, así como con un **exceso de confianza generado por el comportamiento aparente de las tejas previamente manipuladas**, las cuales habían soportado el peso durante el desarrollo de la actividad.

En consecuencia, la **causa raíz del accidente se asocia a la falta de identificación del riesgo relacionado con el estado estructural de la teja dentro del análisis de peligros de la actividad**, lo que derivó en que el trabajador asumiera que la superficie soportaría su peso, generándose la condición que permitió la ocurrencia del evento.

10. Clasificación dentro de las causas básicas

Factor humano:
Se identifica **exceso de confianza durante la ejecución de la actividad**, dado que el trabajador asumió que la teja soportaría su peso, basándose en la experiencia previa durante la tarea al haber retirado otras tejas que no presentaron fallas. Esta situación generó que **no realizara una verificación detallada del estado estructural de la teja antes de apoyarse sobre ella**, lo cual contribuyó a la ocurrencia del accidente.

11. INTERVENCION Y RECOMENDACIONES

FUENTE	MEDIO	TRABAJADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA DE SEGUIMIENTO
Realizar inspección y mantenimiento periódico de las cubiertas y tejas para identificar deterioro, fragilidad o elementos estructurales en mal estado.	Señalizar y delimitar las áreas donde se identifiquen superficies frágiles o con riesgo de colapso	Reforzar la capacitación y sensibilización sobre riesgos asociados a cubiertas frágiles y trabajo en alturas	Realizar inspección técnica de la cubierta para identificar tejas deterioradas, frágiles o con pérdida de resistencia	ÁREA DE SST Y COORDINADORES DE ALTURAS	INMEDIATO
Implementar elementos estructurales de soporte o pasarelas de trabajo que permitan distribuir el peso y evitar el contacto directo con las tejas.	Implementar sistemas de protección contra caídas, tales como líneas de vida, puntos de anclaje certificados o barandas temporales cuando la actividad lo requiera.	Fortalecer la cultura de prevención y control del exceso de confianza durante la ejecución de las tareas.	Desarrollar charlas de seguridad o pausas de prevención (charlas de 5 minutos) enfocadas en verificación de superficies de apoyo antes de pisar.	ÁREA DE SST	INMEDIATO

11. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Fecha de diligenciamiento (día/mes/año):	28/02/2026	**Hora:**	15:30
Dirección:	BOGOTA D.C		

CEDULA	NOMBRE	CARGO	ROL INVESTIGADOR	FIRMA
1.007.233.087	NICOLAS ESCUDERO	PROFESIONAL SST	INVESTIGADOR PRINCIPAL	
75.104.501	SANTIAGO SALAZAR	PROFESIONAL SST	INVESTIGADOR PRINCIPAL	
1.013.670.597	KEVIN ANDRES CELY ROA	JEFE INMEDIATO	INVESTIGADOR SUPLENTE	

12. FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA	NOMBRE	CARGO	ROL INVESTIGADOR	FIRMA
79.641.295	ANTONIO CELY PINZON	REPRESENTANTE LEGAL	SUPERVISOR DE INVESTIGACION	

13. ANEXOS

Metodología de investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

ELABORA:

NICOLAS ESCUDERO
PROFESIONAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SUPERVISIÓN Y CUMPLIMENTO NORMATIVO EN RIESGOS LABORALES
ANTONIO CELY S.A.S
BOGOTA – CUNDINAMARCA

7. PROPERACIONALES

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE	SST-F-62	
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL - PULIDORA	FECHA	version
		5/26/2021	1

EQUIPO: Pulidora

NOMBRE E IDENTIFICACION DEL OPERADOR: Fabio Hernandez

PERIODO DE INSPECCION: DICIEMBRE 2024

SERIE O REFERENCIA DEL EQUIPO: 4590 Truper



INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA REALIZAR EL CHEQUEO DE SEGURIDAD: Diligencie de manera clara y precisa la lista de chequeo propia del área y del equipo con el fin de prevenir los riesgos que puedan materializarse. Tenga en cuenta:

1. La lista de chequeo de seguridad debe realizarse a diario al inicio de la actividad.
2. Realice la revisión y observe detalladamente las condiciones del área.
3. Evalúe las condiciones de seguridad de acuerdo a los ítems listados en esta hoja.
4. Marque de acuerdo a: De manera satisfactoria con el requerimiento: C
   No se cumple con el requerimiento: NC
   No aplica: NA

#	ITEM A INSPECCIONAR	INSPECCIÓN DIARIA DE SEGURIDAD																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	EL CABLE DE ALIMENTACION SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO (sin añadiduras y con el encauchetado en buen estado)																			C	C	C			C	C	C	C	C			
2	EL MANGO Y AGARRADERA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO SUJETO A LA CARCASA																			C	C	C			C	C	C	C	C			
3	MOTOR EN BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
4	SOPORTES EN BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
5	LLA VE PARA APRETAR DISCO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
6	GUARDA PROTECCION DISCO, SWICHE DE ENCENDIDO EN BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
7	DISCO EN BUEN ESTADO Y ASEGURADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
8	EL INTERRUPTOR SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
9	ACELERADOR EN BUEN ESTADO, ESCOBILLAS EN BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
10	BOTON DE ENCENDIDO EN BUEN ESTADO EXTENSON ELECTRICA BUEN ESTADO																			C	C	C			C	C	C	C	C			
12	LOS OPERARIOS CUENTAN CON EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL NECESARIO PARA REALIZAR LA LABOR																			C	C	C			C	C	C	C	C			
13	FIRMA OPERADOR																			Fabio	Fabio	Fabio			Fabio	Fabio	Fabio	Fabio	Fabio			
14	VISTO BUENO SST																															

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE	SST-F-42
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL - PULIDORA	FECHA: 26/05/2021 — VERSIÓN: 1

EQUIPO:	Pulidora
NOMBRE E IDENTIFICACION DEL OPERADOR:	Fabio Hernandez
PERIODO DE INSPECCION: DICIEMBRE 2024	
SERIE O REFERENCIA DEL EQUIPO:	4590 Truper

INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA REALIZAR EL CHEQUEO DE SEGURIDAD: El objetivo de este chequeo es identificar los peligros propios del área y del equipo con el fin de prevenir los riesgos que puedan materializarse. Tenga en cuenta

1. La lista de chequeo de seguridad debe realizarse a diario al inicio de la actividad.
2. Realice la revisión y observe detalladamente las condiciones del área.
3. Evalue las condiciones de seguridad de acuerdo a los ítems listados en esta hoja.
4. Marque de acuerdo a: De cumple completamente con el requerimiento: C; No se cumple con el requerimiento: NC; No aplica: NA



#	ITEM A INSPECCIONAR	INSPECCION DIARIA DE SEGURIDAD																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	EL CABLE DE ALIMENTACION SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO (sin ablaciones y con el enrauchetado en buen estado)																						C	C	C	C	C	C			
2	EL MANGO Y AGARRADERA SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO SUJETO A LA CARCASA																						C	C	C	C	C	C			
3	MOTOR EN BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
4	SOPORTES EN BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
5	LLA VE PARA APRETAR DISCO																						C	C	C	C	C	C			
6	GUARDA PROTECCION DISCO SWICHE DE ENCENDIDO EN BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
7	DISCO EN BUEN ESTADO Y ASEGURADO																						C	C	C	C	C	C			
8	EL INTERRUPTOR SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
9	ACELERADOR EN BUEN ESTADO ESCOBILLAS EN BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
10	BOTON DE ENCENDIDO EN BUEN ESTADO EXTENSION ELECTRICA BUEN ESTADO																						C	C	C	C	C	C			
11	LOS OPERARIOS CUENTAN CON EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL NECESARIO PARA REALIZAR LA LABOR																						C	C	C	C	C	C			
13	FIRMA OPERADOR																						Fabio Hernandez	Fabio Hernandez	Fabio Hernandez	Fabio Hernandez	Fabio Hernandez	Fabio Hernandez			
14	VISTO BUENO SST																															

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

BUREAU VERITAS
Certification

CERTIFICATE OF CONFORMITY
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD

CO18.00917
Certificación Continua
(Esquema Tipo 5 ISO/IEC 17067:2013)

This certifies that the products:
Se certifica que los productos:

SISTEMA DE ANDAMIO Y SUS COMPONENTES
Referencias certificadas: 8 Ver anexo.

Manufactured by:
Fabricado por:

*Información de uso exclusivo de SAMM COLOMBIA SAS**

Imported by:
Importado por:
SAMM COLOMBIA S.A.S
Calle 21 No. 69 B – 35 Zona Industrial
Bogotá - Colombia

Satisfies the requirements of the Standard
Satisface los requerimientos del estándar

SISTEMAS DE ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL
UNE EN 12810-1:2005 "Andamios de fachada de componentes prefabricados. Parte 1: Especificaciones de los productos"
UNE EN 12811-1:2005 "Equipamiento para trabajos temporales de obra. Parte 1: Andamios"
SISTEMA DE ANDAMIO MULTIDIRECCIONAL PARA TRABAJO MEDIANO
NTC 1735:1982 "Higiene y Seguridad. Andamios. Andamios Tubulares. Requisitos de Seguridad"
NTC 1642:1981 "Higienes y Seguridad. Andamios Requisitos Generales de Seguridad"
OSHA 1926.451 "Requisitos generales"

Made in:

*Información de uso exclusivo de SAMM COLOMBIA SAS**

This certificate is under the continuous compliance of BUREAU VERITAS CERTIFICATION general conditions, and is valid until
te certificado está sujeto al continuo cumplimiento de las Condiciones Generales de BUREAU VERITAS CERTIFICATION y es válido hasta:
Abril 03 de 2021
At / on
Emitido en:
Fecha de Inicio de Certificación: Abril 04 de 2018
Versión: No. 00. Fecha de revisión: Abril 04 de 2018

Luis Carlos Rodriguez
BUREAU VERITAS CERTIFICATION

To Check its validity please call 57-1-3129191 Bogotá – Colombia
Para verificar su validez llame al Tel. 57-1-3129191.e-mail: gerencia.tecnica@co.bureauveritas.com

Powered by CamScanner

FERRETERIA MAKROEQUIPOS LA FLORESTA SAS

NIT: 901309862 - 9

Bogotá, D.C. CALLE 15 25 44
Teléfono 3114729700
Correo Electrónico makroequiposlafloresta1454@gmail.com

Factura Electrónica de Venta

FMP 255

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764063593347 que habilita desde FMP 1 hasta FMP 10000. Vence 11/01/2025

Somos Responsables de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes, Actividad Económica ICA 4659 4752 4775 Tarifa 11.04*1000 3312 Tarifa 9.66*1000 SHB

Cliente: ANTONIO CELY SAS | **NIT:** 901234560 - 6

Dirección: CL 49 B SUR 9 A 94 TO 3 AP 101

Ciudad: Bogotá, D.C. | **Teléfono:** 3222014716

Fecha: 09/08/2024 | **Vencimiento:** 09/08/2024 | **Forma de Pago:** Contado

Vendedor: CRISTINA CALIXTO CAMARGO

Por Concepto de:

Trans.Davivienda

Item	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	% Dscto	IVA %	IVA Valor	Total
1	P350KLS	Pluma Grua Doble Templete	und	1,00	3.529.411,76	0,00	19	670.588,23	3.529.411,76
2	CN	Canastilla para Pluma	und	1,00	294.117,64	0,00	19	55.882,35	294.117,64

Valor en Letras

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS

TOTAL LINEAS O ITEMS	2
SUBTOTAL	**$ 3.823.529,40**
DESCUENTO	$ 0,00
IVA	$ 726.470,59
TOTAL OPERACION	$ 4.549.999,99
RETEFUENTE	$ 95.588,24
RETEIVA	$ 0,00
RETEICA	$ 42.211,76
TOTAL DOCUMENTO	**$ 4.412.199,99**

Recibido Por _____

Firma Responsable _____

Representación gráfica de la factura de venta electrónica

Fecha y Hora de Generación:2024-08-09 12:28:30
Medios de Pago: Efectivo

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

cufe: 6c87ae73a97a3c61d149b0284663752688f19fb05339bc198c56b22761e13afec879242f07ef068a1727d07a6c30d6e8

PLUMA GRUA NACIONAL 350 KG
GLOBALMEQ



Pluma Grúa 350Kg, elaborada con altos estándares de calidad, utilizada para el transporte en elevación vertical de elementos típicos en construcción como concreto, mortero, agregados, equipos y herramientas, con una capacidad de carga de 300 kg, dotada con 30 m de Guaya, sistema de bloqueo de seguridad y balde metálico con capacidad de 60 lt, 360° de giro, su brazo es construido en tubería petrolera

DISPONIBLE CON MOTOR



GASOLINA



ELECTRICO



DIESEL

WILLMAN MARTINEZ
3114729700
BOGOTA

FICHA TECNICA MOTOR ELECTRICO 5.5HP EN BAJA



Tensión Nominal: 220 V/440v
Potencia Nominal: 5.5 Hp
Corriente Nominal: 24/12 A
Frecuencia Nominal: 60hz
Velocidad Nominal: 1800 Rpm
Número De Fases: 3
Grado De Protección: IP44
Eficiencia Energética Condiciones: 75%
Factor De Potencia Nominal: 0.8
Peso: 32.4 Kg
Temperatura Mínima: 7°C
Temperatura Máxima: 30°C

WILLMAN MARTINEZ
3114729700
BOGOTA