SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 6261

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

JOSE ALEXANDER BLANCO

IDENTIFICADO CON PPT. N° 3369938

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Bogotá del 01 octubre 2024 al 04 octubre 2024, se expide en Bogotá el 04 octubre 2024

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

SAMUEL SANCHEZ FIGUEROA
RES No. 1954 02/10/2017

EMPRESA: DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS
REP. Diego Ivan Lugo Arana
NIT: 901723255
ARL: AXA COLPATRIA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

NOMBRE:
JOSE ALEXANDER BLANCO

IDENTIFICACIÓN
PPT. N° 3369938

EXPEDICIÓN
04 de octubre de 2024

CONSECUTIVO
TSA-6261

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	**DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS**
NIT:	901.273.255
DIRECCION:	Calle 38 31 118
NOMBRE DEL EMPLEADO	JOSE ALEXANDER BLANCO
DIRECCION:	PATIO BONITO
PERMISO PROTECCION TEMPORAL	3.369.938
CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:	OFICIAL
SALARIO: **AXILIO DE TRASPORTE:**	$1.423.500 $200.000
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES:	05/03/2025
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR:	BOGOTA

Entre El Empleador y El Trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados, como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente Contrato Individual de Trabajo, regido además por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO.

Obrando con plena autonomía, labora como Auxiliar contable 4

El empleador contrata los servicios personales del trabajador y éste se obliga:

a) a poner al servicio del **empleador** toda su capacidad de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementadas del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **el empleador** directamente o a través de sus representantes.

b) A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.

Parágrafo Primero: Hace parte integral del presente contrato las funciones detalladas en el manual de competencias del presente cargo.

Parágrafo Segundo: La descripción anterior es general y no excluye ni limita para ejecutar labores conexas complementarias, asesorías o similares y en general aquellas que sean necesarias para un mejor resultado en la ejecución de la causa que dio origen al contrato.

CLAUSULA SEGUNDA:

REMUNERACION.

El empleador pagará a el trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero por quincenas sin que ello signifique que unilateralmente el **empleador** pueda pagar por períodos superiores.

Parágrafo Primero: el trabajador autoriza a el **empleador** para que la retribución, así como cualquier otro beneficio, sea prestaciones, descanso vacaciones etc. Originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a su cuenta bancaria.

CLAUSULA TERCERA:

TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO.

Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, el **empleador** o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al empleador o sus representantes para su aprobación. El **empleador**, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho. Tratándose de trabajadores de dirección, confianza y manejo, no habrá pago a horas extras. El **Empleador** fijará las jornadas laborales de acuerdo a las necesidades del servicio pudiendo variarlas durante la ejecución del presente contrato.

CLAUSULA CUARTA:

JORNADA DE TRABAJO.

El Trabajador se obliga a laborar la jornada **Tiempo Completo,** equivalente a 48 horas semanales laboradas, salvo estipulación expresa y escrita en contrario, en los turnos y dentro de las horas señalados por **El Empleador**, pudiendo hacer éste los ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en la ley, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma.

CLAUSULA QUINTA:

PERIODO DE PRUEBA.

Los primeros tres meses del presente contrato se consideran como período de prueba y, por consiguiente, cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause el pago de indemnización alguna.

CLÁUSULA SEXTA:

DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración del contrato será indefinida, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del trabajo.

CLAUSULA SEPTIMA:

OBLIGACIONES DE EL TRABAJADOR.

a. Las establecidas en la Ley Laboral, manual interno de trabajo y el cumplimiento de las instrucciones emitidas por El Empleador en transcurso del desarrollo del Contrato Laboral. El manual de tareas y funciones estarían al respaldo de este mismo.

b. Suscribir el acuerdo de Confidencialidad determinado por **El Empleador.**

C. No ejercer actos de competencia desleal frente a el **empleador.**

D. Respetar los sitios de trabajo asignados por **el empleador**, cumpliendo con las directrices de dichas empresas.

E. Tener una excelente presentación personal.

F. Cumplir con los horarios estipulados por **el empleador** para desarrollar las funciones con los **clientes**.

G. Demás obligaciones inherentes al presente contrato laboral.

CLÁUSULA OCTAVA:

TERMINACIÓN UNILATERAL.

Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley, el reglamento interno, el presente contrato y/o las circulares que a lo largo de la ejecución del presente contrato establezcan conductas no previstas en virtud de hechos o tecnologías o cambios de actividad diferentes a las consideradas en el presente contrato. Se trata de reglamentaciones, ordenes instrucciones de carácter general o particular que surjan con posterioridad al presente acuerdo, cuya violación sea calificada como grave. Expresamente se califican en este acto como **faltas graves** la violación a las obligaciones y prohibiciones descritas y además las siguientes:

A) El incumplimiento de las normas y políticas que tenga la compañía para el uso de los sistemas, informática, software, claves de seguridad, materiales, computadores, útiles de oficina etc., que la empresa entrega a el trabajador para la mejor ejecución de sus funciones. Así como violación a lo contenido en las normas de seguridad industrial.
B) La utilización para fines distintos a los considerados por el **empleador** para el cumplimiento de su objeto social de las bases de datos de su propiedad.
C) Desatender las actividades de capacitación programadas por el empleador así sea en horario diferente a la ordinaria.
D) La mala atención y desinterés para con los clientes y proveedores.
E) En caso de laborar en turnos, efectuar cambios sin la debida autorización del jefe inmediato.
F) Llegar tarde al sitio de trabajo.
G) No cumplir con las normas de seguridad industrial en los sitios de trabajo/ obras.
H) Negarse a cumplir con los protocolos y procesos para la prestación de servicios encomendados, y demás establecidos por la Empresa en desarrollo de su objeto social.
I) Desatender las obligaciones antes mencionadas constituye justa causa para dar por terminado el contrato por parte de El **Empleador**.
J) Violar el acuerdo de confidencialidad determinado por la Empresa.

CLAUSULA NOVENA:

INVENCIONES.

Las invenciones realizadas por **el trabajador** le pertenecen a la empresa siempre y cuando éstas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También

Lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados debido a la labor desempeñada.

CLAUSULA DECIMA:

DERECHOS DE AUTOR.

Los derechos patrimoniales sobre las obras, diseños invenciones, investigaciones etc. Creadas por el **trabajador** en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen a el **empleador.**

CLAUSULA UNDECIMA:

CONFIDENCIALIDAD.

El **trabajador** se compromete a mantener absoluta confidencialidad sobre toda la información escrita, verbal y visual que la compañía le suministre, tenga acceso o conozca durante la existencia de este contrato. Queda prohibido el uso de la marca, nombre, logo, lema o cualquier elemento distintivo de la marca todos y

cada uno de sus productos; así como toda la información contenida en medios electrónicos conocidos o por conocerse para cualquier actividad individual o colectiva del **trabajador** que le represente algún beneficio laboral, profesional, social o económico.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA:

TRASLADOS.

Desde ya el **trabajador** acuerda que el **empleador** podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menos cabe el honor, la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. El **empleador** está obligado a asumir los gastos originados en el traslado, siempre que sea una decisión unilateral de la empresa.

CLAUSULA DECIMA TERCERA:

BENEFICIOS EXTRALEGALES.

El **empleador** podrá reconocer beneficios, primas, prestaciones de naturaleza extra legal, lo que se hace a título de mera liberalidad y estos subsistirán hasta que el **empleador** decida su modificación o supresión, atendiendo su capacidad, todos los cuales se otorgan y reconocen, y **el trabajador** así lo acuerdan sin que tengan carácter salarial y por lo tanto no tienen efecto prestacional o incidencia en la base de aportes en la seguridad social o parafiscal en especial éste acuerdo se refiere a auxilios en dinero o en especie, primas periódicas o de antigüedad o en general beneficios de esa naturaleza los que podrán ser modificados o suprimidos por el **empleador** de acuerdo con su determinación unilateral tal como fue otorgado.

CLAUSULA DECIMA CUARTA:

DESCUENTOS:

El trabajador autoriza para que el **empleador** descuente cualquier suma de dinero que se cause dentro de la existencia y terminación del contrato de trabajo ya sea por concepto de préstamos, alimentación a bajo costo, bonos de alimentación, vivienda, utilización de medios de comunicación, aportes bienes dados a cargo y no reintegrados, u otros que se presenten en ejercicio de la labor que desarrolla. Este descuento se podrá realizar de la nómina quincenal o mensual o de las prestaciones sociales, indemnizaciones, descansos o cualquier beneficio que resulte con ocasión de la existencia o terminación del contrato por cualquier motivo.

CLAUSULA DECIMA QUINTA:

MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES.

El trabajador acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el **empleador**, en lo referente a sus condiciones laborales, tales

como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la ley.

CLAUSULA DECIMA SEXTA:

DIRECCION DEL TRABAJADOR.

El trabajador se compromete a informar por escrito a el **empleador** cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA:

EFECTOS.

El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

Diego Iván Lugo Arana
C.C 14.325.119
Empleador

JOSE ALEXANDER BLANCO
PPT. 3369938
Empleado

DL
PROYECTOS Y ACABADOS
S.A.S

como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la ley.

CLAUSULA DECIMA SEXTA:

DIRECCION DEL TRABAJADOR.

El trabajador se compromete a informar por escrito a el **empleador** cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA:

EFECTOS.

El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

Diego Lugo

Diego Iván Lugo Arana
C.C 14.325.119
Empleador

Jose Blanco

JOSE ALEXANDER BLANCO
PPT. 3369938
Empleado

DL
PROYECTOS Y ACABADOS
S.A.S

Powered by CamScanner

HOJA DE VIDA



NOMBRE: Jose Alexander Blanco

PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL: 3369938

TELEFONO: 3044310169

DIRECCION:Calle 5ª #86ª-63

ESTUDIOS: Bachiller

RECPOMENDACION LABORAL: Creativa de Colombia sas (nit 900.386.650-9)


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.234.558
RODRIGUEZ PEDREROS
APELLIDOS
PABLO ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1965
CHINAVITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
17-JUN-1985 UTICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00130528-M-0003234558-20081122
0006634302A 1
1170032578

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901723255
Número Afiliación:	9018137
Razón social:	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	3234558
Nombre:	PABLO ALBERTO RADRIGUEZ PEDREROS
Fecha Ingreso:	04/12/2025
Salario básico:	1,423,500
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	25754
Centro de trabajo:	25754
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	03/12/2025 09:08:01 p. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015901874	0|5|1|2|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ Primer apellido	PEDREROS Segundo apellido	PABLO Primer nombre	ALBERTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	3234558	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|7|0|3|1|9|6|5

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 49 34 50		3202542171	PABLOALBERTORODRIGUEZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		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	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		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

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - CIMAD ODONTO. IPS LTDA	VSAMERICAS - CIMADONTOL
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)
DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	NIT	901723255	01

59.Ubicación

CL 38 NO 31 118 Dirección	7457207 Teléfono fijo o celular	DLPROYECTOSYACABADOS@GMAIL.COM Correo electrónico	CUNDINAMARCA Departamento	SOACHA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015901874

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
	0|4|1|2|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	**PEDREROS**	**PABLO**	**ALBERTO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
3234558	RC TI **X** CE PA	**1965 03 17**	**X** F	**2025 05 12**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS identificado con el documento de identidad: C No. 3234558, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico pabloalbertorodriguez@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

_____

Nombres y Apellidos: PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS
Número de identificación: 3234558

Fecha de diligenciamiento
2025 05 12

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 3234558

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3234558,** se encuentra afiliado/a desde **27/10/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS identificado(a) con CC No. 3234558, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS con NIT 9017232552:

- Fecha de afiliación a la Caja: 05/12/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 04/12/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 05/12/2025

Fecha:31 de octubre 2025

CERTIFICADO DE IDONEIDAD PARA AYUDANTE DE OBRA.

Por medio de la presente, se certifica que el señor **PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDRASA** identificado con cedula de ciudad No 3.234.558 de Utica, ha demostrado durante 3 meses de experiencia laboral en la empresa DL PROYECTOS Y ACABADOS S.A.S. con nit 901.723.255-2 como oficial de obra, las habilidades y competencias que lo hacen idóneo en el desarrollo de la siguiente actividad:

Actividad: Tiene la experiencia en armar andamios.
Oficial de obra.

Descripción: Esta persona es responsable de asistir en todas las tareas dirigidas por el maestro de obra garantizando el adecuado uso de los elementos de protección personal (EPP), herramientas y materiales.

En constancia firma:

Empleador

DIEGO IVAN LUGO ARANA
cc.14.325.119
Representante Legal

MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA:01/12/2025

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ]

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:C.C [X] T.I. [ ] C.E [ ] NUMERO: 3.234.558

EPS: Salud Total

Empresa: DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS

CARGO: Oficial

Sexo: [M]

Edad: 60 AÑOS



RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
OPTOMETRIA	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	

HEMOCLASIFICACION	O+	ESTATURA	1.72 CM	PESO	80 KG	

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X] APTO CON RESTRICCIONES [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO SI [ ] NO [ ] REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL SI [ ] NO [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? SI [ ] NO [ ] CUAL:
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? SI [ ] NO [ ]

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

HUELLA

Pablo alberto Rodriguez

FIRMA PACIENTE

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/12/2025 09:02:08 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **3234558** y Nombre: **PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **128350698** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 285618191

PIB
19:46:22

Bogotá DC, 04 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PABLO ALBERTO RODRIGUEZ PEDREROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3234558:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:07:16 AM horas del 03/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **3234558**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ PEDREROS PABLO ALBERTO**

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 09 de diciembre de 2025, a las 13:43:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	3234558
Código de Verificación	3234558251209134259

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

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 35613076
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-12-30

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	CONSORCIO CORAL INGENIERIA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901973411	D.V.	7	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRA 2 B ESTE 62 36	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	CSCORRALINGENIERIA@GMAIL.COM	TELÉFONO	7777778
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Contratante

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1049651620	PRIMER APELLIDO	PARRA	SEGUNDO APELLIDO	BORQUES
PRIMER NOMBRE	DIANA	SEGUNDO NOMBRE	ESTEFANIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 12	Año: 2025	Mes: 12	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$1.423.500		35613076

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1049639977	59	No	No	No	11	1	5711001	Salario	PINZON AGUILAR MIGUEL ANGEL	$1.423.500

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1049639977																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1049639977	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1049639977	SALUD TOTAL	30	$1.423.500	0.1250000	$178.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	901973411	0.0696000	$99.100

APORTES PARAFISCALES														
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1049639977	COLSUBSIDIO	30	$1.423.500	0.0060000	$8.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 12											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$227.800	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$227.800

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SALUD TOTAL	1	$178.000	$0	0	$0	0	$0	$178.000	0	$0	$0	$178.000	$0	0	$0	$0	$178.000	$0	$0	$178.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$99.100	0	$0	$0	$99.100	0	$0	$99.100	0	$0	$0	$99.100

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COLSUBSIDIO	1	$8.600	0	$0	$8.600
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$178.000
PENSIONES	1	$227.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	$99.100
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$8.600

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$513.500

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 35841649
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-12-30

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	CONSORCIO CORAL INGENIERIA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901973411	D.V.	7	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CARRA 2 B ESTE 62 36	DEPARTAMENTO	BOYACA	MUNICIPIO	TUNJA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	CSCORRALINGENIERIA@GMAIL.COM	TELÉFONO	7777778
FAX	0	SUCURSAL	01	NOMBRE SUCURSAL	CORAL BOGOTA
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1049651620	PRIMER APELLIDO	PARRA	SEGUNDO APELLIDO	BORQUES
PRIMER NOMBRE	DIANA	SEGUNDO NOMBRE	ESTEFANIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 12	Año: 2026	Mes: 01	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
5		$12.177.510		35841649

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1033677168	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	ALVAREZ JIMENEZ ANA MILE	$2.800.000
CC-1012329511	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	AVILA ABAUNZA PABLO ANDRES	$2.800.000
CC-52847526	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	CASTILLO ROA YADY PATRICIA	$3.000.000
CC-1072593718	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	MAZUERA VALBUENA LINA FERNANDA	$2.500.000
CC-1094580277	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	PINO TORRES KAREN JULIANA	$3.700.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1033677168			X	2025-12-30																									0		
CC - 1012329511	X	2025-12-30										X																	0		
CC - 52847526																													0		
CC - 1072593718																													0		
CC - 1094580277			X	2025-12-24																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1033677168	PORVENIR	30	$2.800.000	0.1600000	$448.000	$0	$0	$448.000	$0	$0	$0
CC - 1012329511	PORVENIR	1	$195.152	0.1600000	$31.300	$0	$0	$31.300	$0	$0	$0
CC - 52847526	COLPENSIONES	30	$3.000.000	0.1600000	$480.000	$0	$0	$480.000	$0	$0	$0
CC - 1072593718	PORVENIR	30	$2.500.000	0.1600000	$400.000	$0	$0	$400.000	$0	$0	$0
CC - 1094580277	PORVENIR	24	$2.960.000	0.1600000	$473.600	$0	$0	$473.600	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1033677168	COMPENSAR-EPS	30	$2.800.000	0.0400000	$112.000	$0		$0		$0	30	$2.800.000	2	0.0696000	$194.900
CC - 1012329511	COMPENSAR-EPS	1	$195.152	0.0400000	$7.900	$0		$0		$0	1	$195.152	2	0.0696000	$13.600

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 52847526	SANITAS	30	$3.000.000	0.0400000	$120.000	$0		$0		$0	30	$3.000.000	2	0.0696000	$208.800
CC - 1072593718	COMPENSAR-EPS	30	$2.500.000	0.0400000	$100.000	$0		$0		$0	30	$2.500.000	2	0.0696000	$174.000
CC - 1094580277	SANITAS	24	$2.960.000	0.0400000	$118.400	$0		$0		$0	24	$2.960.000	2	0.0696000	$206.100

APORTES PARAFISCALES														
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1033677168	COLSUBSIDIO	30	$2.982.775	0.0400000	$119.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1012329511	COMPENSAR-CCF	1	$195.152	0.0400000	$7.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-52847526	COLSUBSIDIO	30	$3.000.000	0.0400000	$120.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1072593718	COLSUBSIDIO	30	$2.500.000	0.0400000	$100.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1094580277	COLSUBSIDIO	24	$3.499.583	0.0400000	$140.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 12											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	4	$1.352.900	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$1.352.900
COLPENSIONES	1	$480.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$480.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	2	$238.400	$0	0	$0	0	$0	$238.400	0	$0	$0	$238.400	$0	0	$0	$0	$238.400	$0	$59.600	$238.400
COMPENSAR-EPS	3	$219.900	$0	0	$0	0	$0	$219.900	0	$0	$0	$219.900	$0	0	$0	$0	$219.900	$0	$55.000	$219.900

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	5	$797.400	0	$0	$0	$797.400	0	$0	$797.400	0	$0	$7.974	$797.400

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COLSUBSIDIO	4	$479.400	0	$0	$479.400
COMPENSAR-CCF	1	$7.900	0	$0	$7.900
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	2	$458.300
PENSIONES	2	$1.832.900
RIESGOS PROFESIONALES	1	$797.400
CAJAS DE COMPENSACIÓN	2	$487.300
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$3.575.900

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	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	19/01/2026	5244432	$3.905.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	321.100	0		0		0	4	800	0	321.900	8
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	74.100	0		0		0	4	200	0	74.300	3
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	51.300	0		0		0	4	200	0	51.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	57.000	0		0		0	4	200	0	57.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	60.800	0	0	0	0	4	200	0	61.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	949.300	0	0	0	0	4	2.400	0	951.700	7
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	774.500	0	0	0	0	4	1.900	0	776.400	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	875.800				875.800	4	2.200	878.000			8.758	878.000	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	503.500	4	1.300	504.800	13

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	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	19/01/2026	5244432	$3.905.200	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	503.500	504.900
Pensión	4	2.012.400	2.017.500
Riesgos Laborales	1	875.800	878.000
CCF	1	503.500	504.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	3.895.200	3.905.200

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	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS		Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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**
					13	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-01	2025-12	E	19/01/2026	5244432	$3.905.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1005677476	CORRALES CALY BENJAMIN EUSTORGIO	1	0			S	X																230301	379.600	60.800	0	0	0	0	EPS002	379.600	15.200	14-4	379.600	5	26.500	CCF22	379.600	15.200	0	0	0	0	0
2	CC	1022960580	GAITAN SIGUA EDWIN EVELIO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1024598005	QUIROGA NIÑO JAIR EDUARDO	1	0			S		X															230301	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS002	284.700	11.400	14-4	284.700	5	19.900	CCF22	284.700	11.400	0	0	0	0	0
4	CC	1081795189	AMAYA GARCIA ELKIN JOSE	1	0			S		X															230301	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS002	949.000	38.000	14-4	949.000	5	66.100	CCF22	949.000	38.000	0	0	0	0	0
5	CC	1085094994	LOPEZ PEREZ JUAN DE DIOS	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-4	47.450	5	3.400	CCF22	47.450	1.900	0	0	0	0	0
6	CC	1101815358	CONTRERAS MENDEZ JUAN DAVID	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	88131466	GALEANO TOLEDO YAJANI	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	88240991	GAMBOA YANDY ROBERTO	1	0			S	X																230201	379.600	60.800	0	0	0	0	EPS017	379.600	15.200	14-4	379.600	5	26.500	CCF22	379.600	15.200	0	0	0	0	0
9	CC	14326441	MENA QUINTERO RONALD ALBERTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	3234558	RODRIGUEZ PEDREROS PABLO ALBERTO	1	0			S	X																25-14	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS018	1.281.150	51.300	14-4	1.281.150	5	89.200	CCF22	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
11	PT	3369938	BLANCO JOSE ALEXANDER	1	0			S	X																25-14	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS002	711.750	28.500	14-4	711.750	5	49.600	CCF22	711.750	28.500	0	0	0	0	0
12	PT	5902274	VIVAS WILMER ENRIQUE	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	PT	6841838	ARTEAGA BOLIVAR EDUARDO JOSE	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

INSPECCIÓN CAMILLA	
Marque con una X según las condiciones observadas:	
La camilla se encuentra instalada en la pared: Si ☐ No ☐	La camilla está localizada en un lugar visible: Si ☒ No ☐
La camilla se encuentra en un espacio libre de obstáculos: Si ☒ No ☐	El lugar de la camilla se encuentra señalizado: Si ☒ No ☐

DESCRIPCIÓN ELEMENTO	BUEN ESTADO	MAL ESTADO
Instalación (Sitio de ubicación)	X	
Señalización	X	
Estado del soporte		X
Correas de seguridad	X	
Sujetadores para agarre	X	
Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior		X

OBSERVACIONES
El botiquín inspeccionado pertenece al colegio Rufino

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 02 Fecha: 01/09/2024	INSPECCIÓN BOTIQUÍN Y CAMILLA	CORAL-SED-SST-FM-30 Página 1 de 2

FECHA	26 - 12 - 2025		
RESPONSABLE			
NOMBRE	Ana Abaraz	CARGO	Residente HSEQ.

INSPECCIÓN BOTIQUÍN				
Marque con una X según las condiciones observadas:				
El botiquín se encuentra instalado en la pared: Si ☐ No ☐			El botiquín está localizado en un lugar visible: Si ☒ No ☐	
El botiquín se encuentra en un espacio libre de obstáculos: Si ☒ No ☐			El lugar del botiquín se encuentra señalizado: Si ☐ No ☐	
ELEMENTO	SE ENCUENTRA EL ELEMENTO		CANTIDAD DEL ELEMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
	SI	NO		
Guantes de látex.	X		Caja de 100	No se observa.
Tapabocas desechables	X		8	No se observa.
Curas	X		10	No se observa.
Esparadrapo de tela de rollo		X		
Gasa	X		13	29-04-2030.
Yodopovidona (Jabón Quirúrgico)	X		1 de 120ML	03-02-2027.
Baja lenguas	X		20	04-2025
Vendas elásticas	X		3	01-2030
Algodón	X		1 50gr.	04-2030.
Termómetro	X		1 disital	
Tijeras		X		
Linterna		X		
Pilas para la linterna		X		
Micropore	X		1	No se observa.
Libreta y lápiz		X		
Solución salina	X		1 500ml	10-2026
Gel Antibacterial		X		

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 02	INSPECCIÓN BOTIQUÍN Y CAMILLA	CORAL-SED-SST-FM-30
Fecha: 01/09/2024		Página 2 de 2

INSPECCIÓN CAMILLA	
Marque con una X según las condiciones observadas:	
La camilla se encuentra instalada en la pared: Si ☐ No ☐	La camilla está localizada en un lugar visible: Si ☒ No ☐
La camilla se encuentra en un espacio libre de obstáculos: Si ☒ No ☐	El lugar de la camilla se encuentra señalizado: Si ☐ No ☐

DESCRIPCIÓN ELEMENTO	BUEN ESTADO	MAL ESTADO
Instalación (Sitio de ubicación)	X	
Señalización	X	
Estado del soporte		X
Correas de seguridad	X	
Sujetadores para agarre	X	
Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior		X

OBSERVACIONES
El botiquín inspeccionado corresponde al colegio José maría cordoba

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 02 Fecha: 01/09/2024	INSPECCIÓN BOTIQUÍN Y CAMILLA	CORAL-SED-SST-FM-30 Página 1 de 2

FECHA	26-01 26-12-2025		
RESPONSABLE			
NOMBRE	Ana Alvarez	CARGO	Residente HSEQ.

INSPECCIÓN BOTIQUÍN				
Marque con una X según las condiciones observadas:				
El botiquín se encuentra instalado en la pared: Si ☐ No ☐			El botiquín está localizado en un lugar visible: Si ☒ No ☐	
El botiquín se encuentra en un espacio libre de obstáculos: Si ☒ No ☐			El lugar del botiquín se encuentra señalizado: Si ☒ No ☐	
ELEMENTO	SE ENCUENTRA EL ELEMENTO		CANTIDAD DEL ELEMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
	SI	NO		
Guantes de látex.	X		20 Caja.	30-04-2026.
Tapabocas desechables	X		10 individual	no se observa.
Curas	X		10 individuales	no se observa.
Esparadrapo de tela de rollo		X		
Gasa	X		8 unidades	29-04-2030.
Yodopovidona (Jabón Quirúrgico)	X		1 Frasco.	06-07-2028.
Baja lenguas		X		
Vendas elásticas	X		1 algodon	04-2029.
Algodón	X		1	no se observa.
Termómetro	X		1 digital.	
Tijeras		X		
Linterna		X		
Pilas para la linterna		X		
Micropore	X		1 rollo	no se observa.
Libreta y lápiz		X		
Solución salina	X		2 250 mL.	06-2027.
Gel Antibacterial				

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01 Fecha: 01/21/2024	FORMATO INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CORAL-SED-SST-FM-64 Página 1 de 1

FECHA : 27 - 12 - 2025

AREA INSPECCIONADA : Trabajo

NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Ana Alvarez

No	NOMBRE	CARGO	DEBE USAR								USA		ESTADO			NO USA POR			MEDIDAS DE CONTROL				
			A	B	C	D	E	F	G	H	SI	NO	B	R	M	NS	NP	NQ	1	2	3	4	5
1	Wilmer Vivos	Ayudante.	A	✓	✓	✓			✓		✓		✓										
2	Yolany Galeano.	Oficial.	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓										
3	Jose Blanco.	Soldador.	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓										
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

EPP FALTANTE POR PERSONA										
No	CARGO	A	B	C	D	E	F	G	H
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

DEBE USAR	ESTADO	NO USA POR	MEDIDAS DE CONTROL
A- OVEROL			NS- NO SABE
B- CASCO	B- BUENO	NS- NO SABE	1. INSTRUCCIÓN
C- GUANTES			2. MOTIVACION
D- BOTAS			
E- PROTECCION RESPIRATORIA	R- REGULAR	NP- NO PUEDE	3. CAMBIO DE EPP
F- PROTECTORES AUDITIVOS			
G- GAFAS PROTECTORAS			4. MEDIDAS PENDIENTES
H- OTRO	M- MALO	NQ- NO QUIERE	
Cual?			5. OTRAS

OBSERVACIONES:

FIRMA Ana Alvarez

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

FIRMA

RESPONSABLE DEL SG-SST

CONSORCIO CORAL

VERSIÓN 1	FORMATO DE INSPECCION EN OBRA	CORAL-SED-SST-FM-62
FECHA: 01/11/2024		PAGINA: 1 de 1

Fecha de realización de la inspección: 05-01-2026

Lugar de la inspección: Colegio Rafael Uribe Uribe | **Inspección No. 2**

Área de trabajo a inspeccionar: obra

ITEM	SITUACIÓN O CONDICIÓN A INSPECCIONAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	La iluminacion es adecuada para la labor desarrollada en cada uno de los espacios de las instalaciones.	x			
2	Percepcion de particulas en el ambiente.		x		
3	Materiales de obra organizados.	x			
4	Senderos peratonales Habilitados y señalizados.			x	
5	Los frentes de obra cuentan con servicios sanitarios bien ubicados, en cantidad suficiente, separado por sexo, ventilados y en perfecto funcionamiento.	x			
6	Los servicios sanitarios estan dotados de elementos de Higiene personal(jabon, toallas desechables, papel higienico).	x			
7	Existen lugares adecuados para el consumo de alimentos y descanso adecuado de los trabajadores.	x			
8	Existen recipientes para la recoleccion interna de desechos solidos o basuras.(suficientes,adecuados, bien ubicados e identificados.)	x			
9	Las basuras se remueven con frecuencia necesaria para evitar la generacion de olores, contaminacion y proliferacion de plagas.	x			
10	Los sitios aledaños a los frentes de trabajo se encuentran aseados y limpios.	x			
11	Existen equipos e implementos de seguridad claramente ubicados y en funcionamiento.	x			
12	Es adecuado el nivel del suelo y las areas resbalosas.	x			
13	El sitio de almacenamiento de productos químicos o sustancias peligrosas, cuentan con la ventilación adecuada?	x			
14	Los productos químicos llevan una marca que permite su identificación y en casos de ser peligrosos adicionalmente llevan una etiqueta donde se especifica los peligros y precauciones de seguridad?	x			
15	Se cuenta con la hoja de datos de seguridad del producto químico y sustancias peligrosas?		x		
16	Las hojas de datos de seguridad de los productos químicos o sustancias peligrosas se encuentran disponibles?		x		

Nombres y apellidos de quien realiza la inspección:	Pablo Andres Avila Abaunza	**FIRMA:**	
Nombres y apellidos responsable de área:	Pablo Andres Avila Abaunza	**FIRMA:**	

Nota: En caso de observar en la inspeccion realizada la necesidad de elaborar procedimientos o tomar acciones que eliminen , reduzcan o minimicen el riesgo mencione en la casilla de observaciones sus recomendaciones.

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Version: 01 30/10/2024	INSPECCION PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CORAL-SED-SST-FM-48 Paginas: 1 de 1

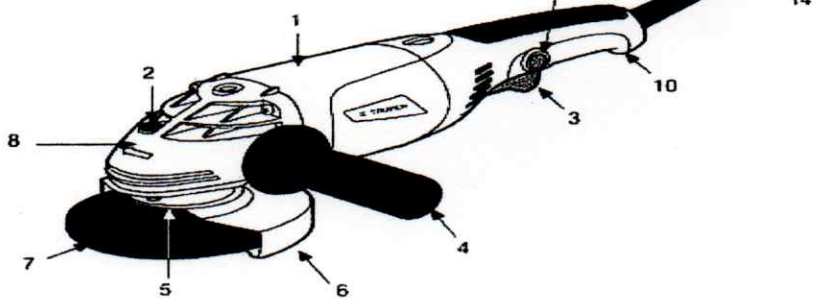
PROYECTO: Consorcio coral ingeniera.		LUGAR: Colegio Rafael ortiz uribe	
MARCA:	MODELO:	AÑO FABRICACIÓN:	DIAMETRO DE DISCO:
REFERENCIA:	SERIAL:	NUMERO INTERNO:	
AÑO:	MES:	SEMANA DEL 15 - 12 - 2025 AL 20 - 12 - 2025	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yairany Golcano.		C.C: 88131466.	

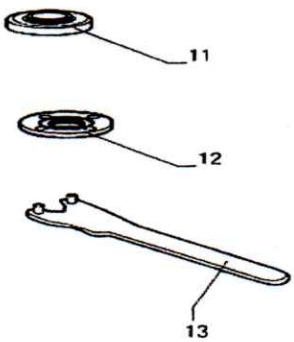
ITEM	ASPECTOS A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	CABEZA DE MOTOR.	✓		✓		✓		✓		✓					
2	SEGURO DE FLECHA.	✓		✓		✓		✓		✓					
3	INTERRUPTOR.	✓		✓		✓		✓		✓					
4	MANGO AUXILIAR.	✓		✓		✓		✓		✓					
5	FLECHA.	✓		✓		✓		✓		✓					
6	UARDA PROTECTORA.	✓			✓		✓		✓		✓				
7	DISCO.	✓		✓		✓		✓		✓					
8	CAJA DE ENGRANES.	✓		✓		✓		✓		✓					
9	BOTON USO CONTINUO.	✓		✓		✓		✓		✓					
10	EMPUÑADURA.	✓		✓		✓		✓		✓					
11	BRIDA INTERIOR.	✓		✓		✓		✓		✓					
12	BRIDA EXTERIOR.	✓		✓		✓		✓		✓					
13	LLAVE DE DOS PUNTAS.	✓		✓		✓		✓		✓					
14	CABLE DE ENERGÍA.	✓		✓		✓		✓		✓					
15	LIMPIEZA DEL EQUIPO.	✓		✓		✓		✓		✓					
	Firma del trabajador que opera el equipo.	yairany.		yairany.		yairany.		yairany.		yairany.					

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO.

1. Carcaza de motor
2. Seguro de flecha
3. Interruptor
4. Mango auxiliar
5. Flecha
6. Guarda Protectora
7. Disco abrasivo
8. Caja de engranes
9. Botón uso contínuo
10. Empuñadura
11. Brida interior
12. Brida exterior
13. Llave de dos puntas
14. Cable de energía.

Vivas vivas vivas vivas vivas









RECOMENDACIONES: Utilice todo el equipo de proteccion personal para realizar cualquier tipo de labor con este equipo.

EQUIPO PARA OPERAR	SI: X	NO:	Fecha de Verificación:	15 - 12 - 2025	
VERIFICADO POR: Ana Alvarez			Firma:		

OBSERVACIONES: El operador retiro la guarda de seguridad. refiere que el zonas no ingresa la pulidora, se observa todo el tiempo usando la careta de esmerilar.

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Version: 01 30/10/2024	INSPECCION PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CORAL-SED-SST-FM-48 Paginas: 1 de 1

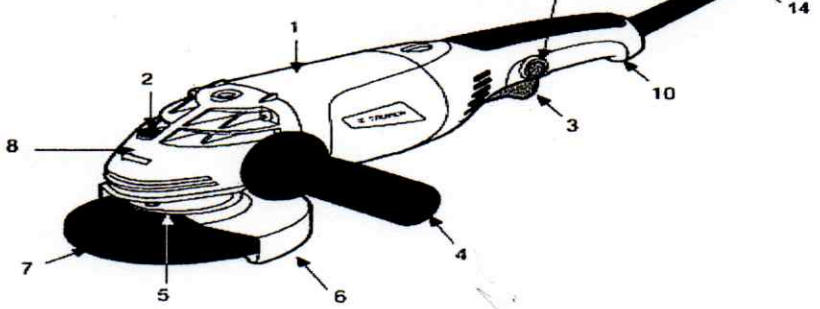
PROYECTO: Consorcio coral ingeniera		LUGAR: Colegio Rafael uribe uribe	
MARCA: Dewalt.	MODELO:	AÑO FABRICACIÓN:	DIAMETRO DE DISCO:
REFERENCIA:	SERIAL: 10225630.	NUMERO INTERNO: 22865420.	
AÑO: 2021	MES:	SEMANA DEL 22-12-2025 AL 27-12-2025.	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yajany Galeano.		C.C: 26131466	

ITEM	ASPECTOS A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	CABEZA DE MOTOR.	✓		✓		✓				✓					
2	SEGURO DE FLECHA.	✓		✓		✓				✓					
3	INTERRUPTOR.	✓		✓		✓				✓					
4	MANGO AUXILIAR.	✓		✓		✓				✓					
5	FLECHA.	✓		✓		✓				✓					
6	UARDA PROTECTORA.		✓		✓		✓				✓				
7	DISCO.	✓		✓		✓				✓					
8	CAJA DE ENGRANES.	✓		✓		✓				✓					
9	BOTON USO CONTINUO.	✓		✓		✓				✓					
10	EMPUÑADURA.	✓		✓		✓				✓					
11	BRIDA INTERIOR.	✓		✓		✓				✓					
12	BRIDA EXTERIOR.	✓		✓		✓				✓					
13	LLAVE DE DOS PUNTAS.	✓		✓		✓				✓					
14	CABLE DE ENERGÍA.	✓		✓		✓				✓					
15	LIMPIEZA DEL EQUIPO.	✓		✓		✓				✓					
	Firma del trabajador que opera el equipo.	Yajany G.		Yajany G.		Yajany G.				Yajany G.					

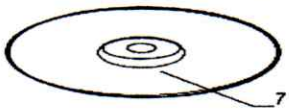
YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO.

1. Carcaza de motor
2. Seguro de flecha
3. Interruptor
4. Mango auxiliar
5. Flecha
6. Guarda Protectora
7. Disco abrasivo
8. Caja de engranes
9. Botón uso contínuo
10. Empuñadura
11. Brida interior
12. Brida exterior
13. Llave de dos puntas
14. Cable de energía.

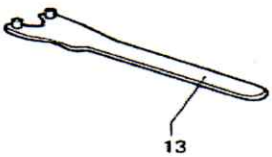
Vivas vivas vivas vivas Jose Blanco













RECOMENDACIONES: Utilice todo el equipo de proteccion personal para realizar cualquier tipo de labor con este equipo.

EQUIPO PARA OPERAR	SI: X	NO:	Fecha de Verificación:	22-12-2025
VERIFICADO POR: Trabajador Yajany Galeano			Firma: Yajany G.	
OBSERVACIONES: La guarda de seguridad se retira ocasionalmente ya que la zona a cortar no ingresa.				

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Version: 01 30/10/2024	INSPECCION PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CORAL-SED-SST-FM-48 Paginas: 1 de 1

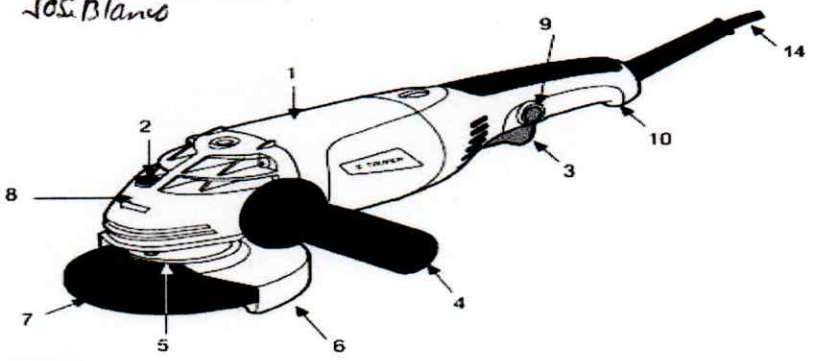
PROYECTO: Consorcio coral ingeniera		LUGAR: Cobro Rafael urbe urbe.	
MARCA:	MODELO:	AÑO FABRICACIÓN:	DIAMETRO DE DISCO:
REFERENCIA:	SERIAL:	NUMERO INTERNO:	
AÑO:	MES:	SEMANA DEL 29-12-25 AL 30-12-2025	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yajany Cotero.		C.C: 8	

ITEM	ASPECTOS A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	CABEZA DE MOTOR.	✓													
2	SEGURO DE FLECHA.	✓													
3	INTERRUPTOR.	✓													
4	MANGO AUXILIAR.	✓													
5	FLECHA.	✓													
6	UARDA PROTECTORA.		✓												
7	DISCO.	✓													
8	CAJA DE ENGRANES.	✓													
9	BOTON USO CONTINUO.	✓													
10	EMPUÑADURA.	✓													
11	BRIDA INTERIOR.	✓													
12	BRIDA EXTERIOR.	✓													
13	LLAVE DE DOS PUNTAS.		✓												
14	CABLE DE ENERGÍA.	✓													
15	LIMPIEZA DEL EQUIPO.		✓												
	Firma del trabajador que opera el equipo.														

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO.

Jose Blanco

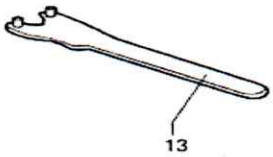
1. Carcaza de motor
2. Seguro de flecha
3. Interruptor
4. Mango auxiliar
5. Flecha
6. Guarda Protectora
7. Disco abrasivo
8. Caja de engranes
9. Botón uso continuo
10. Empuñadura
11. Brida interior
12. Brida exterior
13. Llave de dos puntas
14. Cable de energía.













RECOMENDACIONES: Utilice todo el equipo de proteccion personal para realizar cualquier tipo de labor con este equipo.

EQUIPO PARA OPERAR	SI: X	NO:	Fecha de Verificación:	29 12-2025	
VERIFICADO POR:	Operador y SST.		Firma:		
OBSERVACIONES:					

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
VERSION 001 FECHA: 01/09/2024	INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO	CORÀL-SED-SST-FM-51 PÁGINA 1 DE 1

PROYECTO: Consorcio Coral Ingeniria		LUGAR: Colegio Rafael Uribe Uribe.	
MARCA: Dewalt.	MODELO: 0120809	AÑO FABRICACIÓN: No se observa	
REFERENCIA:	SERIAL: No se observa	NUMERO INTERNO: 26324596	
AÑO: 2022	MES: 05	SEMANA DEL 16-12-25	AL 20-12-25
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Wilmer Vivas.		C.C: 5902274.	

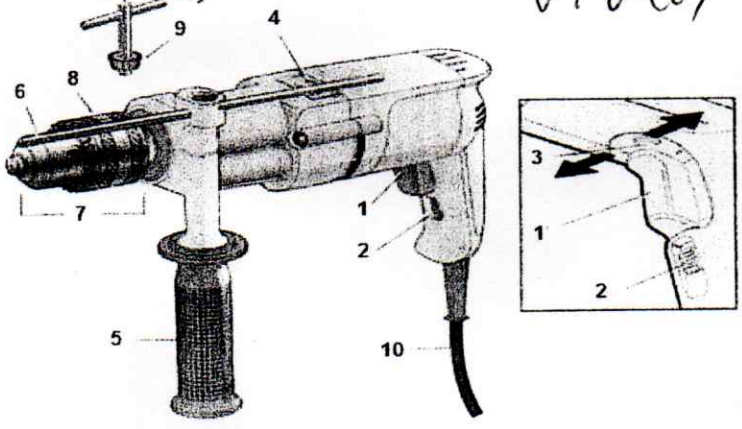
ITEM	ASPECTOS A REVISAR	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
1	GATILLO INTERRUPTOR.			✓		✓				✓					
2	BOTON DE SEGURO.			✓		✓				✓					
3	GUIA DE DESLIZAMIENTO.			✓		✓				✓					
4	SELECTOR DE MODO.			✓		✓				✓					
5	MANGO LATERAL.			✓		✓				✓					
6	VARILLA DE AJUSTE DE PROFUNDIDAD.			✓		✓				✓					
7	PORTA BROCAS (Mandril).			✓		✓				✓					
8	MANGUITO.			✓		✓				✓					
9	LLAVE PARA PORTA BROCAS.			✓		✓				✓					
10	CABLE DE ENERGÍA.			✓		✓				✓					
11	LIMPIEZA DEL EQUIPO.			✓		✓				✓					
	Firma del trabajador que opera el equipo.			Vivas		Vivas				Vivas					

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO OPERAR EL EQUIPO.

Vivas

Vivas

1. Gatillo interruptor.
2. Boton del seguro.
3. Guía de deslizamiento.
4. Selector de modo operación.
5. Mango lateral.
6. Varilla de ajuste de profundidad.
7. Porta brocas.
8. Manguito.
9. Llave para porta brocas.
10. Cable de energía.



RECOMENDACIONES: Utilice todo el equipo de proteccion personal para realizar cualquier tipo de labor con este equipo.

EQUIPO PARA OPERAR	SI: X	NO:	Fecha de Verificación:	16-12-2025
VERIFICADO POR: Wilmer Vivas			Firma:	Vivas

OBSERVACIONES:

CONSORCIO CORAL
NIT NO. 901.973.411-7

Bogotá, 02 de Diciembre de 2025

CORAL-SED 078 2025

Señores
UNIOBRAS DEL ORIENTE
MIRIAM LUZ GUTIERREZ CORREA
Representante legal

Referencia: **"ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS; LOTE 8."**

Asunto: Solicitud ingreso de vehiculo recolección escombro Jose Maria cordoba

Cordial saludo,

En atención al cumplimiento de las obligaciones del contrato de obra en referencia, me permito solicitar amablemente el ingreso del vehículo relacionado a continuación para el día 03 de diciembre al frente de trabajo relacionado. Para la recolección de escombros.

FRENTE	HORA	FECHA	NOMBRE	VEHICULO	PLACA
JOSE MARIA CORDOBA	8:00AM - 11:00AM	03/12/2025	DANIEL ALEJANDRO ROMERO QUINTANA	CARGA CHEVROLET C70149 VOLCO	OAI 208

Se adjunta documentación requerida para el ingreso

Quedo atenta a cualquier observación o ajuste que se considere necesario.

Atentamente,

Diana Stefania Parra

DIANA STEFANIA PARRA BOHORQUEZ
R.L. CONSORCIO CORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1020843359



NOMBRE

DANIEL ALEJANDRO ROMERO QUINTANA

FECHA DE NACIMIENTO

04-09-1999

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

08-04-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	08-04-2031	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	08-04-2024	PUBLICO



VALID 136360 01/20

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002041855

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL
TRANSPORTE Y TRANSITO TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE TRANSITO No. 1340924

PLACA UNICA	MARCA	LINEA	CILINDRAJE	POTENCIA	MODELO
OAI208	CHEVROLET-C-70	149	5998	XX	1987

CLASE DE VEHICULO	COLOR(ES)
CAMION	BLANCO DE SEVRES

SERVICIO	CARROCERIA TIPO	No. PUERTAS
Particular	VOLCO	2

NUMERO DE MOTOR	R.	NUMERO DE SERIE	R.
468TM2U401429	N	CM607205	N

NUMERO DE CHASIS	R.	CAP. TON. / PSJS.	PESO BRUTO VEHICULAR
CM607205	N	8,0ton 2psj	XXXX

DISTANCIA ENTRE EJES	VOLADIZO POSTERIOR	No. EJES
XXXXXXX	XXXXXX	2,0

ANCHO (m.)	ALTO (m.)	LARGO (m.)
XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX

ACTA O MANIFIESTO	D/CN. IMPRTC.	NUMERO	CIUDAD	DIA	MES	AÑO
	X	044704	Bogota	10	11	86

EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIRREMOLQUES Y SIMILARES

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 175 457-5 TEL 430 2110

Powered by CamScanner

LICENCIA DE TRANSITO No. 07-11001340924

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE
QUINTANA MARTINEZ DORA CECILIA

IDENTIFICACION	TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	X	NIT		C.E.		OTRO	
	No. C52415867								

DIRECCION
CRA 5 BIS # 128-76

CIUDAD	TELEFONO
BOGOTÁ D.C.	6334799

ULTIMO TRAMITE	ORGANISMO DE TRANSITO
C MOT, TRASP	Concesión STT-SETT

Prenda: Ninguna

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA DE EXPEDICION		
DIA	MES	AÑO
17	2	2007

Funcionario Secretaria de Movilidad
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE
SELLO DE LA OFICINA DE TRANSITO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.020.843.359

ROMERO QUINTANA

APELLIDOS

DANIEL ALEJANDRO

NOMBRES

Daniel Romero Q

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

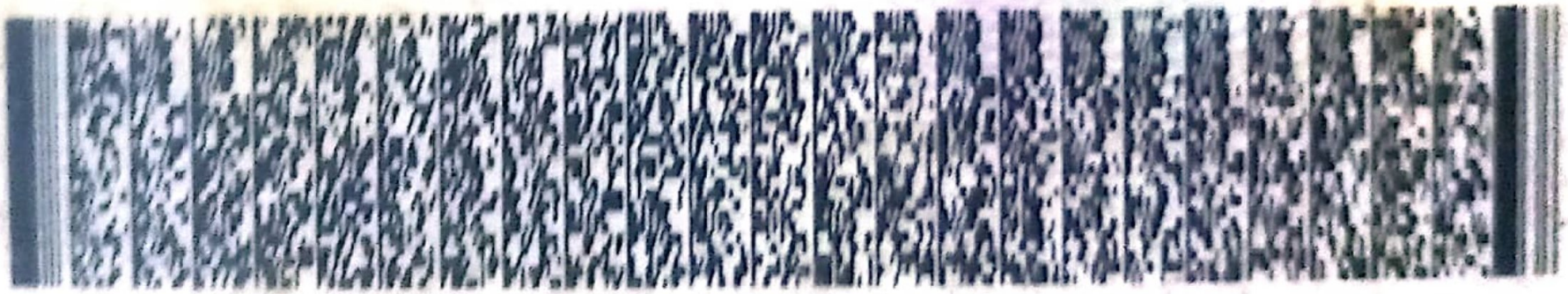
FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-150150-00941166-M-1020843350-20170929 0057591158A 1 49621760

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner