	CONTRATO DE OBRA No. CO1.PCCNTR.7004833

INFORME No. 5 SST

CONTRATO DE OBRA No. CO1.PCCNT.7004833 CUYO OBJETIVO ES: "EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA 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 EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.

PERIODO DEL 16 DE MAYO AL 17 DE JUNIO DE 2025

SUMAPAZ, CUNDINAMARCA

ELABORADO
POR: HSE –CONSORCIO ZF

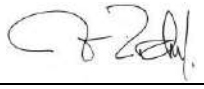
JUNIO DE 2025

	CONTRATO DE OBRA No. CO1.PCCNTR.7004833

Índice de modificaciones /ajustes

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
01	17-06-2025	Creación del documento	Profesional SST
02	16-07-2025	Actualización de documento	Profesional SST
03	17/09/2025	Actualización de documento	Profesional SST
04	22/10/2025	Actualización de documento	Profesional SST
05	13-02-2026	Actualización de documento	Profesional SST

Estado de revisión y aprobación

ELABORO	REVISO	APROBO
		
NOMBRE: Dina Milena Ruiz Quesada	Nombre: Ana Milena Salazar D	Nombre: Felipe Rocha
SST	Asesor SST	Director de Obra
13-02-2026	13-02-2026	13-02-2026

CONTENIDO

1. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST 6
1.1.1. Introducción 6
1.1.2. Sistema De Gestión Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST) 6
1.1.3. Documentación Del SG-SST 7
1.1.4. Inducción SST 7
1.1.5. Capacitaciones 7
1.1.6. Personal 8
1.1. 6.1. mujeres en la contratación 8
1.1.6.2. personal en condición de vulnerabilidad. 8
1.1.6.3. Afiliación y pago de seguridad social 9
1.7. Certificado de pago de aportes 9
2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 9
2.1. Exámenes Médicos Ocupacionales 9
2.2. Paz y salvo 9
2.3. Ausentismo laboral 10
2.4. Dotación Y Elementos De Protección Personal 10
2.5. Accidentalidad E Inciden talidad En Obra 10
2.5.1. Estadísticas de accidentalidad 11
2.6. Análisis De Trabajo Seguro (ATS) 11
2.7. Trabajo en alturas 11
2.8. Actos y condiciones inseguras 12
2.9. Inspecciones 12
2.10. Maquinaria 12
2.11. Seguimiento Matriz De Identificación De Peligros Y Valoración De Riesgos 13
2.12. Comité Paritario De Seguridad Y Salud En El Trabajo 13
2.13. Comité De Convivencia Laboral 13
2.14. Plan Anual De Trabajo SST Y Objetivos SST 13
2.15. Registro Fotográfico 13

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.1. Personal 7
Tabla 2.3.1. Ausentismo laboral 9
Tabla 2.5.1. Estadística de accidentalidad 10
Tabla 2.8.1 Maquinaria… 11

ANEXOS

ANEXO 1. Inducción SST & A
ANEXO 2. Exámenes Ocupacionales
ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SGSS y/o
ANEXO 4. Entrega de EPP
ANEXO 5. Certificación AT
ANEXO 6. Certificado de pago de S. S y planillas de pago S.S.
ANEXO 7. Inspecciones
ANEXO 8. ATS
ANEXO 9. Plan de Trabajo e indicadores
ANEXO 10. Maquinaria
ANEXO 11. Capacitaciones
ANEXO 12. Mujeres en la contratación
ANEXO 13. Personal en condiciones de vulnerabilidad
ANEXO 14. Permiso de trabajo
ANEXO 15. Paz y salvo
ANEXO 16. COPASST
ANEXO 17. Relación laboral
ANEXO 18. Registro Fotográfico.

1. COMPONENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST

1.1.1. Introducción

El presente informe se realiza con el fin de dar a conocer la gestión realizada durante el periodo correspondiente en materia de seguridad y salud en el trabajo, las cuales son registradas, en función al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, permitiendo optimizar las acciones preventivas durante la jornada laboral.

Es por ello que el CONSORCIO ZF tiene entre sus propósitos desarrollar la prevención en SST, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades laborales, dentro del desarrollo del contrato. El interés es suministrar los recursos necesarios para responder a las demandas de la población trabajadora respecto a su salud y el medio ambiente laboral, así como para dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, cumpliendo las funciones como contratista. La prevención en SST dentro de la interventoría está orientada a lograr una adecuada administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes oficios y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones.

1.1.2. Sistema De Gestión Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST)

En el periodo del 17 de mayo al 16 de junio de 2025, el Consorcio FZ ejecutó las siguientes actividades programadas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Revisión de los documentos para el ingreso del personal nuevo (EPS, ARL, AFP y examen médico de ingreso), así como la verificación de las planillas de pago de la seguridad social del personal que se encuentra activo en el proyecto.

- Inducción de SST y notificación de riesgos al personal nuevo, y evaluación del mismo.
- Entrega y seguimiento del uso adecuado y permanente de los elementos de protección personal.
- Instalación y mantenimiento de los cerramientos de los frentes de obra.
- Recorrido e inspección de SST en frentes de obra de manera permanente.

1.1.3. Documentación Del SG-SST

De acuerdo con lo establecido en la normatividad a continuación se relacionan los documentos aplicables al periodo.

- Afiliaciones a EPS, ARL y AFP del personal nuevo
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso del personal nuevo
- Planillas de pago de seguridad social del personal activo
- Formato de seguridad social
- Registro de Inducción al personal nuevo
- Registro de entrega de dotación y elementos de protección personal
- Registro de Notificación de riesgos
- Certificación de accidentalidad del periodo
- Registro Análisis de Trabajo Seguro (ATS)
- Permisos de trabajo e inspecciones

1.1.4. Inducción SST

Al ingreso al proyecto los trabajadores reciben una inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, en la cual se presentan los aspectos relevantes del SG-SST.

En esta socialización se divulgó: Generalidades de la empresa, organigrama, sistema general de la seguridad social (ARL, EPS Y AFP), Socialización del reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas de STT, prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, socialización del plan de emergencias, Brigadas de emergencia, COPASST, reportes de accidente de trabajo, notificación de riesgos, responsabilidad del empleador y trabajador, exámenes médicos laborales (ingreso, retiro y periódicos), uso y mantenimiento de los elementos de protección personal, reporte de actos y condiciones inseguras, norma de seguridad dentro del área de trabajo, comité de convivencia laboral, procedimientos SG SST, manejo de sustancias peligrosas.

Se presentaron 7 solicitudes de ingreso de los cuales 2 de ellos llegaron obra y de quienes se anexa inducción del personal faltante se anexará cuando llegue el personal a obra.

Anexo 1. Registro de inducción SST&A y notificación de riesgos.

1.1.5. Capacitaciones

En el periodo de 17 de mayo a 16 de junio de 2025, se llevaron a cabo las siguientes capacitaciones dirigidas al personal que labora en el proyecto:

- Inducción personal nuevo

- Capacitación uso y cuidado de los EPP

ANEXO 11. Capacitaciones

1.1.6. Personal

Para el periodo del 17 de mayo al 16 de junio de 2025, se registraron los siguientes ingresos y retiros en relación con el personal del Contratista.

Tabla 1.1.1 Personal

Periodo	**17 enero al 16 febrero**	**17 febrero al 16 de marzo**	**17 marzo al 16 de abril**	**17 abril al 16 de mayo**	**17 mayo al 16 de junio**
NO personal de ingreso	37	5	9	9	2
No personal antiguo	0	35	39	38	39
No personal retirado en el periodo	2	1	10	8	3
Total, personal en el periodo	37	40	48	47	41
Autorizados que no han ingresado				1	6

Fuente: Consorcio ZF

Se enviaron 8 solicitudes de ingreso de los cuales 2 personas se presentaron a obra.

ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SS.

1.1.6.1. mujeres en la contratación

Dando cumplimiento al decreto 332 de 2020, expedida por la alcaldía mayor de Bogotá, en su artículo 3 **vinculación de mujeres en la ejecución del contrato o convenio.**
Realizada la convocatoria en el presente proyecto se encuentran vinculadas 6 profesionales

ANEXO 12. Mujeres en la contratación

1.1.6.2. personal en condición de vulnerabilidad.

Dando cumplimiento a la Directiva 1 de 2011 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá, donde como Fundamentos Generales sobre la Adopción de medidas en favor de grupos vulnerables, discriminados y/o excluidos; pese a la convocatoria realizada en diferentes medios no se presentaron hojas de vida en estas condiciones, por lo cual el número de persona para este caso es cero.

ANEXO 13. Personal en condición de vulnerabilidad

1.1.6.3. Afiliación y pago de seguridad social

El personal que ingresó a trabajar durante el periodo de 17 de mayo al 16 de junio de 2025 cuenta con las afiliaciones y/o pagos de seguridad social ARL, EPS, AFP, y Caja de Compensación Familiar.
Se presenta el soporte de pago de seguridad social del personal correspondiente al mes de mayo de 2025.

ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SS

1.7. Certificado de pago de aportes

El Consorcio ZF se encuentra a paz y salvo por todo concepto con los trabajadores que laboran en el proyecto.

Anexo 6. Certificado de pago de aportes s.s. y planillas de pago s.s.

2. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

2.1. Exámenes Médicos Ocupacionales

A los trabajadores que ingresan al proyecto se remiten a examen médico ocupacional de ingreso antes de iniciar sus respectivas actividades, de igual manera se le notifica al personal retirado la orden de exámenes de egreso a centros médicos ocupacionales que cuentan con los permisos por emitidos por la autoridad competente.

Se presentan los exámenes médicos de los trabajadores que ingresaron en el periodo de 17 de mayo al 16 de junio de 2025.

Anexo 2. Exámenes médicos ocupacionales

2.2. Paz y salvo

Para el periodo informado hubo 3 retiros se anexa paz y salvo,

Anexo 15. Paz y salvo

2.3. Ausentismo laboral

La estadística para determinar y evaluar el ausentismo durante el periodo de 17 de mayo al 16 de junio de 2025 se ha definido de acuerdo con lo establecido en la NTC 3793. El porcentaje de tiempo perdido durante el periodo es del 5.5 %.teniendo un accidente laboral en sede las animas con incapacidad de 30 días y otro por enfermedad general en sede san juan por 33 días

Tabla 2.3.1. Ausentismo laboral

TIPO DE AUSENCIA – CYP	EVENTOS	DIAS PERDIDOS
ENFERMEDAD GENERAL	1	33
ACCIDENTE DE TRABAJO	1	30
ENFERMEDAD PROFESIONAL	0	0
SUSPENCIÓN	0	0
MATERNIDAD	0	0
PATERNIDAD	1	16
PERMISO REMUNERADO	0	0
CALAMIDAD DOMESTICA	0	0
PERMISO NO REMUNERADO	0	0
NO LABORÓ	0	0
TOTAL	2	63

Fuente: Consorcio ZF

2.4. Dotación Y Elementos De Protección Personal

Antes de iniciar las labores se realizó la entrega de dotación y elementos de protección al trabajador de acuerdo con las tareas asignadas.

Se realizó una permanente inspección en los frentes de trabajo frente al uso de los EPP.

Anexo 4. Registro de entrega de EPP.

2.5. Accidentalidad E Inciden talidad En Obra

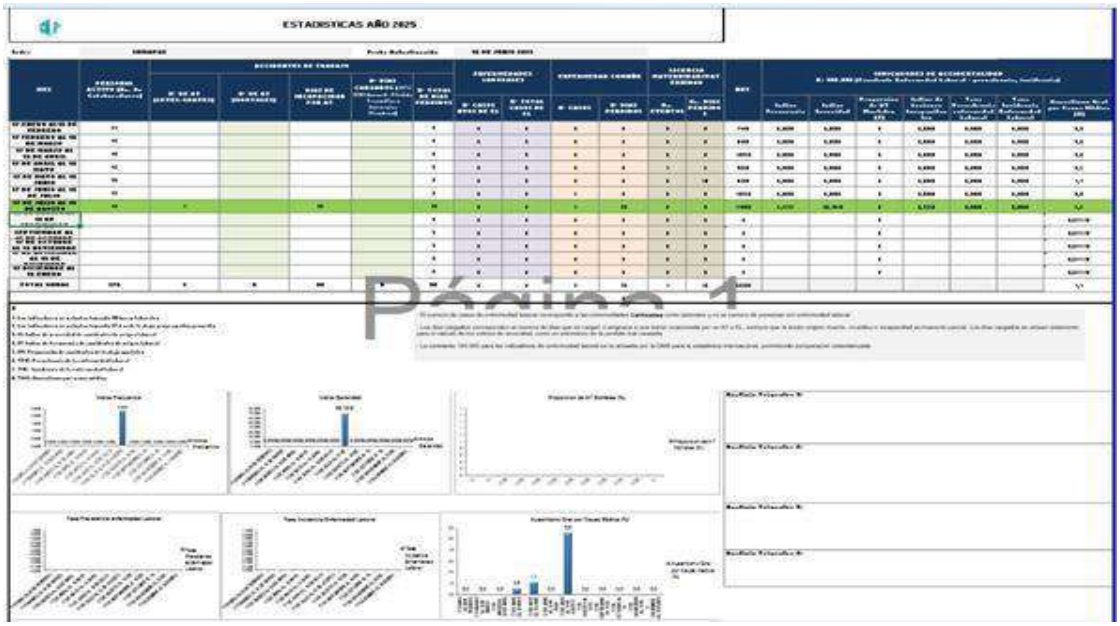
En el periodo de 17 de mayo al 16 de junio de 2025, se presentó 1 accidente de trabajo en sede las animas .

Anexo 5. Certificado de accidentalidad

2.5.1. Estadísticas de accidentalidad

Se presentan los indicadores de accidentalidad mensual, en el Formato consolidado indicadores de accidentalidad / incidentes.

TABLA 2.5.1. ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD



Anexo 9. Plan de trabajo e Indicadores SST.

2.6. Análisis De Trabajo Seguro (ATS)

Se diligencia los ATS de manera semanal para cada uno de los frentes de trabajo.

Anexo 8. Análisis de trabajo seguro (ATS).

2.7. Trabajo en alturas

Se realizan actividades en alturas, se verifica que el personal sea calificado y tenga los permisos pertinentes para el desarrollo de la tarea

Anexo 14. Permiso de trabajo en alturas (PTA)

2.8. Actos y condiciones inseguras

Para este periodo informado no se evidenciaron actos inseguros por parte del personal operativo.

2.9. Inspecciones

En el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes inspecciones de acuerdo con lo establecido en el Programa incluido en el SG SST.

- Orden y aseo
- Inspección de EPP
- Inspección extintores
- Inspección botiquín
- Inspección maquinaria menor

En estas inspecciones se verifico el cumplimiento por parte de los trabajadores del compromiso por el uso adecuado de los EPP, orden y aseo en el frente de trabajo, así como el estado de la herramienta menor.

Anexo 7. Inspecciones

2.10. Maquinaria

Para el periodo comprendido entre el 17 de mayo y 16 de junio del 2025, laboro la siguiente maquinaria:

TABLA 2.8.1. MAQUINARIA

Maquinaria	17 de enero al 16 de febrero
Camión Kodiak OBE 028	✓
Camión Hino LLP457	✓
Volqueta UFS 983	✓
Volqueta OTI 754	✓
Herramientas	
Pulidora	✓
Taladro Demoledor	✓
Mezcladora -trompo	✓
Canguro compactador	X
Rana compactadora	X
vibro compactador	X

Anexo 10. maquinaria

2.11. Seguimiento Matriz De Identificación De Peligros Y Valoración De Riesgos

En el periodo se verificó el cumplimiento de los controles propuestos en la matriz de riesgos.

2.12. Comité Paritario De Seguridad Y Salud En El Trabajo

Se llevo a cabo la reunión mensual, no se presentó la necesidad de reunión extraordinaria

Anexo 16. COPASST

2.13. Comité De Convivencia Laboral

No se presentaron casos contrarios a la buena convivencia

2.14. Plan Anual De Trabajo SST Y Objetivos SST.

Teniendo en cuenta los objetivos e indicadores establecidos por el Consorcio ZF y la periodicidad de evaluación, se realizó el seguimiento al cumplimiento de los objetivos en el periodo informado de 2025.
Se concluye que se dio cumplimiento con la mayoría de las actividades programadas de acuerdo con la periodicidad establecida, algunas no fueron posibles llevar a cabo por temas de tiempos y/o presupuesto según la dinámica de la obra.

Anexo 9. Plan Anual de Trabajo, Objetivos e indicadores SST.

2.15. Registro Fotográfico.

Se presenta registro fotográfico de diferentes actividades realizadas desde el área SST

Anexo 18. Registro fotográfico.

ANEXO 1. Inducción SST & A

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES	CONSORCIO	PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Lauren Hurtado Σ

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	X	
	BACTERIAS	X	
	HONGOS	X	
	RACKETSIAS		X
	PARASITOS		X
	PICADURAS	X	
	MORDEDURAS		X
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS	X	
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	X	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	X	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA		X
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	X	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	X	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	X	

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES	CONSORCIO	PÁGINA 4 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	X	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	X	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	X	
	ESFUERZO	X	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	X	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	X	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	X	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	X	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	X	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		X
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS		
	FIBRAS		X
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)	X	
	GASES / VAPORES	X	
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS	X	
	MATERIAL PARTICULADO	X	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	X	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	X	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	X	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO	✓	
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)	✓	
	TRABAJO EN ALTURAS	✓	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	✓	
	TERREMOTO	✓	
	VENDAVAL	✓	
	INUNDACION	✓	
	DERRUMBE	✓	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	✓	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Javier Hurtado E identificado con C.C., No. 1046272742 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Javier H.
Identificación: 1046272742
Fecha Notificación: 30/05/25

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 30/05/25

NOMBRE / APELLIDOS: Javier Portela Escobar

CARGO: Instalador

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. ¿La sigla SST Significa?

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. ¿De qué habla la política SST de?

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. ¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

5. Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. La opción que muestra las señales de Emergencia es:

a. 

b. 

c. 

7. ¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

Powered by CamScanner

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos X	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad X	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano X	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo X	Gafas de seguridad X
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con bambuqueo. X	Arnés, Eslinga en Y. eslinga de posicionamiento, tyoff. X

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Cumpliendo el reglamento de la empresa utilizando los elementos de Proteccion firmando los permisos de altura

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	
	B. Condición Insegura
C. Acto Inseguro	
	D. Enfermedad Laboral

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A ☐ B ☐ C ☒ D ☐

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A ☒ B ☐ C ☐ D ☐

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A ☐ B ☒ C ☐ D ☐

La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST		CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

avisar al supervisor de salud en el trabajo o al jefe inmediato

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



B. Peligro



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A ☐ B ☒

La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

A ☒ B ☐

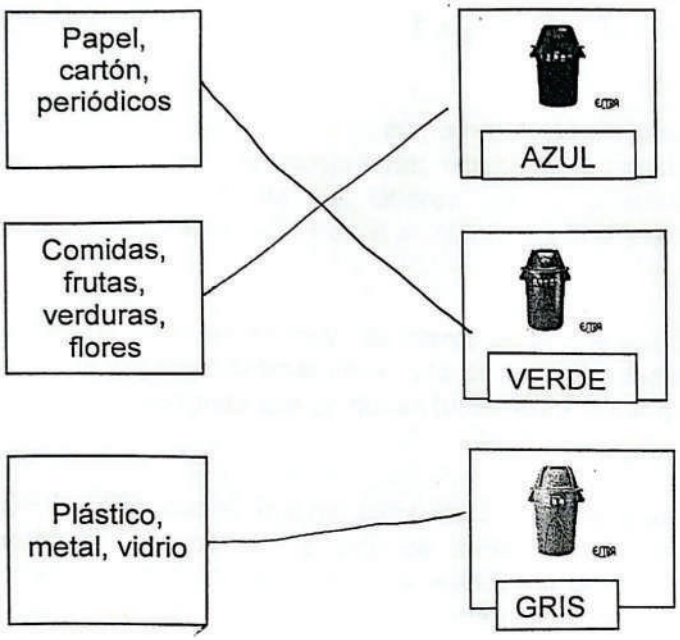
13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. Caidas de altura
2. Cortaduras
3. atrapamientos

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.



"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC: 1046272742

Firma encargado de la inducción
CC: 40943298

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES	CONSORCIO	PÁGINA 1 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

Estimado Trabajador y/o Colaborador: Rodrigo Rodriguez

Las directivas de CONSORCIO ZF., comprometidas en preservar y mejorar el estado físico, mental y social de cada uno de sus trabajadores, establece la necesidad de identificar y controlar los riesgos inherentes al desarrollo de sus labores con el propósito de prevenir, accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Usted forma parte de un rol muy importante en la prevención de estos, para ello debe estar al tanto de los riesgos asociados con el desarrollo de sus actividades y de los medios de control que dispone la empresa y las acciones que se deben tomar para evitar que ocurran eventos desafortunados.

CONSORCIO ZF., con el fin d dar cumplimiento en las leyes nación ales vigentes, realiza la presente notificación de riesgos, por puesto de trabajo mediante la identificación de factores de riesgo inherentes a las actividades que desempeña, así como las medidas preventivas que debe cumplir para evitar accidentes, incidentes, enfermedades laborales, daños en el ambiente y a la propiedad.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un Accidente de Trabajo (AT) o de una enfermedad laboral (EL) durante el desempeño de sus funciones laborales.

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

RIESGO COMUNES Y/O ESPECIFICOS

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
BIOLOGICOS	VIRUS	X	
	BACTERIAS	X	
	HONGOS	X	
	RACKETSIAS	X	
	PARASITOS	X	
	PICADURAS	X	
	MORDEDURAS		X
	FLUIDOS CORPORALES Y/O EXCREMENTOS	X	
FISICOS	RUIDO (DE IMPACTO INTERMITENTE O CONTINUO)	X	
	ILUMINACION (VISIBLE, EXCESO, DEFICIENCIA)	X	
	VIBRACION CUERPO ENTERO O SEGMENTADA		X
	TEMPERATURAS (CALOR, FRIO)	X	
	PRESION ATMOSFERICA (NORMAL Y AJUSTADA)	X	
	RADIOCIONES NO IONIZANTES (LASER, ULTRAVIOLETA, INFRAROJA, REDIOFRECUENCIA,	X	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	INTERRELACIONES, TRABAJO EN EQUIPO)	X	
	CONDICIONES DE LA TAREA (CARGA MENTAL, CONTENIDO TAREA, DEMANDAS EMOCIONALES, SISTEMA DE CONTROL, DEFINICION DE ROLES, MONOTONIA, ETC)	X	
BIOMECÁNICOS	POSTURAS (PROLONGADAS, MANTENIDA, FORZADA, ANTIGRAVITACIONAL)	X	
	ESFUERZO	X	
	MOVIMIENTO REPETITIVO	X	
	MANIPULACION MANUAL DE CARGAS	X	
CONDICIONES DE SEGURIDAD	ELECTRICA (ALTA Y BAJA TENSION, ESTATICA)	X	
	LOCATIVO (SISTEMA Y MEDIOS DE ALAMCENAMIENTO, SUPERFICIES DE TRABAJO, IRREGULARES, DESLIZANTES, CON DEFICIENCIA DE NIVEL, CONDICIONES ASEO, CAIDA DE OBJETOS)	X	
	TECNOLOGICO (EXPLOSIÓN, FUGA, DERRAME E INCENDIO)	X	

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	MICROONDAS)		X
QUIMICOS	POLVOS ORGANICOS E INORGANICOS	X	
	FIBRAS	X	
	LIQUIDOS (NIEBLAS Y ROCIOS)	X	
	GASES / VAPORES	X	
	HUMOS METALICOS, NO METALICOS	X	
	MATERIAL PARTICULADO	X	
PSICOSOCIALES	GESTION ORGANIZACIONAL (ESTILO DE MANDO, PAGO, CONTRATACIÓN, PARTICIPACIÓN, INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN, BIENESTAR SOCIAL, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y MANEJO DE CAMBIOS	X	
	CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJ (COMUNICACIÓN TECNOLOGICA, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, DEMANDAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA LABOR)	X	
	CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA (RELACIONES, COHESION, CALIDAD DE	X	

Powered by CamScanner

PELIGRO		PRESENCIA DEL RIESGO	
CLASIFICACION	DESCRIPCION	SI	NO
	ACCIDENTES DE TRANSITO	X	
	PUBLICOS (ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS, ORDEN PUBLICO, ETC.)	X	
	TRABAJO EN ALTURAS	X	
FENOMENOS NATURALES	SISMO	X	
	TERREMOTO	X	
	VENDAVAL	X	
	INUNDACION	X	
	DERRUMBE	X	
	PRECIPITACIONES (LLUVIAS, GRANIZADAS, HELADAS)	X	

MEDIDAS DE ACCION Y CONTROL

- Procurar el cuidado integral de su salud
- Proporcionar información clara, veraz, completa sobre su estado de salud
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas en la legislación vigente en SGSST
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones propias del SGSST de la empresa
- Participar activamente en la prevención de riesgos laborales a través del COPASST.
- Uso adecuado de los EPP, EPCC y dotación de acuerdo con la labor desempeñada.
- Cumplimiento del procedimiento de trabajo seguro en alturas, montaje de estructuras e instalación

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

NOTIFICACIONES DE RIESGOS LABORALES	CONSORCIO	PÁGINA 6 DE 6	
		SST-FOS-106	REVISION: 001
		FECHA: 23/12/2024	

- Orden y aseo en las áreas de trabajo
- Disposición adecuada de materiales, estructuras, etc.
- Inspección de seguridad y áreas de trabajo
- Señalización y demarcación de las áreas de trabajo
- Mantenimiento de herramientas y equipos
- Manipulación adecuada de cargas
- Posturas adecuadas de trabajo
- Asistencia a las charlas y capacitaciones de seguridad y salud en el trabajo
- Realización de pausas activas

COMPROMISO

Yo Rodrigo Rodriguez identificado con C.C., No. 1007123349 por medio del presente documento me doy por notificado de los riesgos inherentes al cargo a desarrollar en la empresa CONSORCIO ZF., declaro que en este mismo documento, he recibido la información que señala tales riesgos, así como las medidas de control que debo seguir para la prevención de accidentes, incidentes, enfermedades laborales que puedan provocar daños a mi salud, al medio ambiente y a las instalación de trabajo; aceptando expresamente que el cumplimiento o desobediencia de dichas normas constituyen una causa justificada de sanción y/o despido.

Firma: Rodrigo R
Identificación: 1007123349
Fecha Notificación: 30/05/2025

ELABORO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ	REVISO: ANA MILENA SALAZAR DIAZ
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024	FECHA APROBACION: 23 DE DICIEMBRE DEL 2024

Powered by CamScanner

SG-SST EVALUACIÓN INDUCCIÓN SST	CONSORCIO	CODIGO: SST-FOS-031 VERSION: 001

FECHA: 30 / 05 /2025

NOMBRE / APELLIDOS: Rodrigo Jose Rodriguez Perez

CARGO: instalador

Por favor marque con una equis (X), la respuesta correcta.

1. ¿La sigla SST Significa?

a. Trabajar en alturas
b. Seguridad y salud en el trabajo.
c. Respetar límites de velocidad al conducir
d. Hombre, sano, En comunidad.

2. Señale cuál de las anteriores opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:

a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo
b. Proteger y promover la salud
c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo
d. Todas las anteriores

3. ¿De qué habla la política SST de?

e. El transporte de herramientas, la infraestructura y las personas.
f. La vida e integridad de las personas, respeto mutuo con la sociedad e instituciones y la conservación y protección del medio ambiente.
g. Las personas, proveedores y las autoridades
h. Ninguna de las anteriores

4. ¿Desde su actividad laboral, cómo mantiene su compromiso de prevención y conservación del medio ambiente?

a. Disponiendo de los residuos en los lugares adecuados.
b. Evitando derrame de productos químicos contaminantes.
c. Adoptando una cultura de reciclaje.
d. Todas las anteriores.

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

5. Son algunas de mis responsabilidades que debo de seguir en caso de una emergencia.

a. Conservo la calma, no corro, no grito, no empujo, me dirijo hacia la salida de emergencia y me sitúo en el punto de reunión más cercano.
b. Tomo mis pertenencias y salgo de prisa al punto de reunión más cercano.
c. Apago mi equipo de trabajo, me reporto con mi supervisor.
d. ninguna de las anteriores

6. La opción que muestra las señales de Emergencia es:

a. 

b. 

c. 

7. ¿Qué es el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)?

a. Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa
b. Grupo de personas que dirigen o controlan una empresa
c. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad
d. Ninguna de las anteriores

8. Señale con una (X) los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.

Powered by CamScanner

Protección auditiva	Guantes Dieléctricos X	Delantal de carnaza
Careta para soldar	Botas de Seguridad X	Guantes vaqueta
Careta de Esmerilar	Guantes de poliuretano	Mascarilla Desechable
Guantes de carnaza	Guantes de nitrilo	Gafas de seguridad X
Mascarilla Respirador Humo metálico	Casco de Seguridad con barbuquejo. X	Arnés, Eslinga en Y, eslinga de posicionamiento, tyoff. X

Por favor responda brevemente las siguientes preguntas:

9. Con su trabajo como contribuye al cumplimiento de la política SST de la Empresa

Utilizando mis guantes firmando mis permisos

10. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Accidente de trabajo	
	B. Condición Insegura
C. Acto Inseguro	
	D. Enfermedad Laboral

Violación u omisión de una norma o procedimiento por parte del trabajador que aumenta las posibilidades que ocurra un accidente.

A ☐ B ☐ C ☒ D ☐

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, psiquiátrica, una invalidez y la muerte.

A ☒ B ☐ C ☐ D ☐

Situación intrínseca en nuestro ambiente de trabajo que aumenta la posibilidad que un accidente ocurra.

A ☐ B ☒ C ☐ D ☐

La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

A ☐ B ☐ C ☐ D ☒

Powered by CamScanner

11. Que hacer en caso de Accidente de trabajo y que ARL lo atiende.

avisar a el supervisar de trabajo en caso de emergencia

12. Relacione (X) los siguientes conceptos (izquierda) con las definiciones (derecha)

A. Riesgo



B. Peligro



Fuente situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, son las condiciones asociadas al trabajo, propias del ambiente, las tareas, los equipos, instrumentos, la organización, y el contenido del trabajo.

A [ ] B [X]

La combinación de la probabilidad y las consecuencias de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente, desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de una persona, un grupo u organización, así como materiales y equipos.

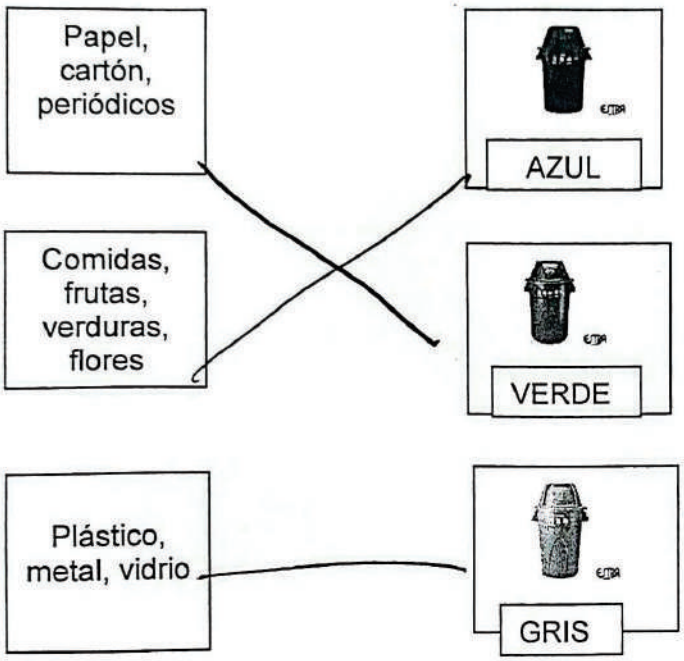
A [X] B [ ]

13. Escriba tres (3) factores de Riesgo a los que usted pueda estar expuesto.

1. caidas de altura
2. cortadura
3. Atramiento

Powered by CamScanner

14. Existen puntos ecológicos. Los cuales, nos permiten un manejo adecuado de los residuos, relacione el concepto que corresponde a la imagen.



"Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía".

Firma del Trabajador
CC: 1007123349

Firma encargado de la inducción
CC: 4094298

ELABORO: ADRIANA ESTRADA LOPEZ	REVISO: DANIEL PAVA RINCON
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: 14 DE MAYO 2016	FECHA APROBACION:

Powered by CamScanner

ANEXO 2. Exámenes Ocupacionales

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 6947

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
2 DIA	9 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA) CIUDAD	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS	901613099-8
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

JAVIER ENRIQUE HURTADO ESCOBAR	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	MASCULINO	30 AÑOS	C.C	1046272742
			TIPO	NÚMERO

CARGO

AYUDANTE

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

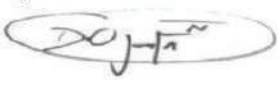
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- ESPIROMETRIA
- PRUEBA VESTIBULAR DE VERTIGO (PARA ALTURAS)
- AUDIOMETRIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

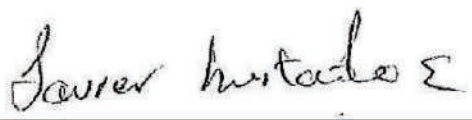
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado.Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento



PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA



JAVIER ENRIQUE HURTADO ESCOBAR

CC 1046272742

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 11834

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
11 DIA	1 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA) CIUDAD	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS	901613099-8
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

RODRIGO JOSE RODRIGUEZ PEREZ	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	MASCULINO	22 AÑOS	C.C	1007123349
			TIPO	NÚMERO

CARGO

AYUDANTE

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

OBSERVACIONES:

NINGÚNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- ESPIROMETRÍA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRÍA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado.Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA



REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

RODRIGO JOSE RODRIGUEZ PEREZ

CC 1007123349

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certicado de aptitud laboral

901613099-8 - INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS

Paciente	LARRY VALENCIA GAMBOA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS
CC	11813359	Fecha	24 mayo 2025
Edad	43 años		
Ocupación	INSTALADOR		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- ESPIROMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

Generación: 24 mayo 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

Image not found or type

LARRY VALENCIA GAMBOA

CC: 11813359
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certicado de aptitud laboral

901613099-8 - INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS

Paciente	ANDRES CAMILO MENA PALACIOS	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS
CC	1003927531	Fecha	24 mayo 2025
Edad	27 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- ESPIROMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

Generación: 24 mayo 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

Image not found or type

andres camilo mena

ANDRES CAMILO MENA PALACIOS

CC: 1003927531
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Cima
IPS Ocupacional

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.869.250-5

Certicado de aptitud laboral

901613099-8 - INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS

Paciente	JORGE ELIECER ANAYA ORTIZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS
CC	1046273962	Fecha	15 mayo 2025
Edad	28 años		
Ocupación	AYUDANTE		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- ESPIROMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

Generación: 15 mayo 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2553 SST.

Jorgeliecer anaya ortiz

JORGE ELIECER ANAYA ORTIZ
CC. 1046273962
Paciente
* Firma estampada desde el consentimiento informado

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 12444

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
25 DIA	1 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA) CIUDAD	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHÃDAS LOS 3 PILARES SAS	901613099-8
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

ANDRIS JOEL CABARCAS ORTIZ	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	MASCULINO	31 AÑOS	C.C	1046272014
			TIPO	NÚMERO

CARGO

AYUDANTE

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- ESPIROMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.	7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoria indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado.Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	ASPIRANTE O TRABAJADOR FIRMA ANDRIS Cabarcas ORTIZ
REGISTRO 1798-1990 2552 SST.	ANDRIS JOEL CABARCAS ORTIZ CC 1046272014

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113087

FECHA : 14/05/2025 HORA:9:34		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: BAYMAN GUSTAVO VILLAMIL GUZMAN		DOCUMENTO: 1012338561	EDAD: 37 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: OFICIAL	Tel: 3133720048 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	Si	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

RECOMENDACION: 1. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CON RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	Si	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	Si	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAÚL GARZON RODRIGUEZ **LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	0664

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 1100105890
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. Marie Luisa Molina M. CPTP No. 13968 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113667

FECHA : 03/06/2025 HORA:9:21		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ALEX NIXON MORENO HOLGUIN		DOCUMENTO: 1050067170	EDAD: 30 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS		Cargo: OFICIAL DE OBRA	Tel: 3132187387 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	NA		Dermatología	Si	
Audiometria	Si		Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si		Cardiovascular	Si	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	Si	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	Si		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	Si		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	Si		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			**NA**
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	**NA**
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			**NA**	**No Apto Para Este Cargo**	**NA**
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			**NA**		
Examen PERIODICO Satisfactorio	**NA**	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			**NA**

APTO TRABAJO ALTURAS. RECOMENDACIONES 1. CONTROL MEDICINA GENERAL CON PERFIL LIPIDICO

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que fue leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No	0684

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 12051

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
16 DIA	1 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA) CIUDAD	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT
INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS	901613099-8

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

APELLIDOS Y NOMBRES	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
RAFAEL ENRIQUE BARRAGAN CORONADO	MASCULINO	32 AÑOS	C.C	1019074926
			TIPO	NÚMERO

CARGO

AYUDANTE

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- PERFIL LIPÍDICO
- ESPIROMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado.Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA

RAFAEL ENRIQUE BARRAGAN CORONADO

CC 1019074926

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 11001056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997.
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 113088

FECHA : 14/05/2025 HORA:8:51			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: ARTURO VILLAMIL GUZMAN			DOCUMENTO: 80543215		EDAD: 48 GENERO: M
Empresa: MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS			Cargo: OFICIAL		Tel: 3118618762 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	**Si**		Respiratorio	**Si**	
Espirometria	NA		Dermatología	**Si**	
Audiometria	**Si**		Osteomuscular	**Si**	
Visiometria	**Si**		Cardiovascular	**Si**	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	**Si**	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	**Si**		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	**Si**		KOH Uñas	NA	
Trigliceridos	**Si**		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	**Si**	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			**Si**	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURAS. REQUIERE INCLUSION EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SALUD AUDITIVA.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	**Si**	Uso de Doble Protección Auditiva	**Si**	Evitar Posturas Prolongadas	NA		
Pausas Activas	**Si**	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA		
Ergonomia del Puesto de trabajo	**Si**	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA		
Uso de Elementos de Protección Personal	**Si**	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA		
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA		
Control Audiometrico	**Si**	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	**Si**		
					NA		

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO **LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19** **Medico Especialista en Salud Ocupacional**	**Firma Trabajador** **C.C. No**	0664

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución con el Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaría Distrital de salud: UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

ANEXO 3. Formato de personal y Afiliaciones al SGSS y/o paz y salvo

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y REGISTRO DE EXAMENES MEDICOS DE INGRESO, PERIODICOS Y EGRESO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	17 DE MAYO DE 2025					
CONTRATO OBRA No.	CO1.PCCNTR.7004833	**CONTRATISTA**				CONSORCIO ZF
CONTRATO INTERVENTORIA No.	707772-2024	**INTERVENTORIA**				NOGAL
OBJETO:	EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES BÁSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.					
PERIODO DE INFORME	**17/04/2025**	**AL**	**16/05/2025**			

No.	CONTRATIS O SUBCONTRATISTA	DATOS DEL TRABAJADOR			EPS	ARL	AFP	CCF	NO. PLANILLA	FECHA DE INGRESO	EXAMEN DE INGRESO	SI TIENE RESTRICCION ESPECIFIQUELA	FECHA DE RETIRO
		NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO									
PERSONAL NUEVO													
1	CONSORCIO ZF	JAVIER ENRIQUE HURTADO	11,813,359	Instalador de cubierta	Salud Total	SURA	PORVENIR	CAFAM	N/A	29/05/2025	24/05/2025	N/A	N/A
2	CONSORCIO ZF	RODRIGO JOSE RODRIGUEZ PEREZ	1,007,123,349	Instalador de cubierta	COOSALUD	SURA	PORVENIR	CAFAM	N/A	29/05/2025	24/05/2025	N/A	N/A
PERSONAL ANTIGUO													
3	CONSORCIO ZF	FELIPE JAVIER ROCHA SANCHEZ	85,466,135	Director de obra	SANITAS	COLMENA	Proteccion	Compensar	9487307548	27/01/2025	17/01/2025	N/A	N/A
4	CONSORCIO ZF	IVAN DARIO UMAÑA SANTIAGO	1,018,447,418	Residente de obra	SANITAS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	9487307548	27/01/2025	09/11/2024	N/A	N/A
5	CONSORCIO ZF	AURI ESTELA GUILLEN HERNANDEZ	1,082,065,177	RESIDENTE DE OBRA	SANITAS	COLMENA	Porvenir	Compensar	9487307548	27/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
6	CONSORCIO ZF	JOHANNA KATERINE MARTINEZ VARELA	1,069,739,376	INSPECTOR SST	NUEVA EPS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	9487307548	27/01/2025	22/01/2025	N/A	N/A
7	CONSORCIO ZF	DINA MILENA RUIZ QUESADA	40,943,298	INSPECTORA SST	SALUD TOTAL	COLMENA	PORVENIR	COMPENSAR	9487307548	03/03/2025	24/02/2025	N/A	N/A
8	CONSORCIO ZF	JUAN PABLO DIAZ LOPEZ	79,896,857	MAESTRO DE OBRA	SANITAS	COLMENA	Colpensiones	Compensar	9487307548	27/01/2025	17/01/2025	N/A	N/A
9	CONSORCIO ZF	CARLOS ARTURO SUTA BORRERO	12,120,332	Esp. Estructural						14/02/2025	24/01/2025	N/A	N/A
10	MAJOLI CONSTRUCCIONES	GABRIEL ESTEBAN BASTO CASTIBLANCO	1,022,418,888	Inspector de obra	FAMISANAR	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	27/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
11	CONSORCIO ZF	YESSICA ANDREA TAMAYO ESCOBAR	1,018,442,877	Ambiental	NUEVA EPS	SEGUROS BOLIVAR	COLFONDOS	COMPENSAR	9487198966	27/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
12	CONSORCIO ZF	ANA MILENA SALAZAR DIAZ	1,014,225,710	Social- calidad	FAMISANAR	COLMENA	PROTECCIÓN	COMPENSAR	9484561160	27/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
13	CONSORCIO ZF	JOSE MIGUEL ROBALLO CAMPOS	1,070,615,163	Prof. Costos y presupuestos	FAMISANAR	COLMENA	COLPENSIONES	COMPENSAR	9485715844	27/01/2025	27/01/2025	N/A	N/A
14	CONSORCIO ZF	CAMILO JOSE VARGAS MORENO	1,049,631,404	HIDROSANITARIO	FAMISANAR	SURA	COLFONDOS	N/A	9485715844	27/01/2025	27/01/2025	N/A	N/A
15	CONSORCIO ZF	LUIS GABRIEL SUAREZ VIDALES	19,375,933	Esp Electrico	FAMISANAR	VIDA COLPATRIA			N/A	27/01/2025	27/01/2025	N/A	N/A
16	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOSE ALIRIO GOMEZ FLOREZ	80,812,630	Oficial de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	28/01/2025	N/A	N/A
17	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOSE OLIVERIO PUYU CASSO	111,179,135	Ayudante de obra	Famisanar	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
18	MAJOLI CONSTRUCCIONES	RAFAEL ESTEBAN GOMEZ SAMUDIO	1,032,656,012	Ayudante de obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
19	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOHAM ANDRES BAQUERO FONSECA	80,811,745	Oficial de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	28/01/2025	N/A	N/A
20	MAJOLI CONSTRUCCIONES	ELVIS JULIAN FAJARDO DIAZ	1,032,656,068	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
21	MAJOLI CONSTRUCCIONES	FABIAN DANILO DIAZ DIAZ	1,022,988,379	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
22	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JEISSON ANDRES DIAZ RAMIREZ	1,001,170,075	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
23	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JONATAN STIVEN DIAZ DIAZ	1,001,170,010	Ayudante de obra	Salud Total	sura	Colpensiones	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	25/01/2025	N/A	N/A
24	MAJOLI CONSTRUCCIONES	YEISON ARLEY MORALES PEÑALOZA	1,032,656,071	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Colpensiones	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
25	MAJOLI CONSTRUCCIONES	LUIS EULISES VARGAS FRANCO	1,093,745,054	Oficial de obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	11/02/2025	4/02/2025	N/A	N/A
26	MAJOLI CONSTRUCCIONES	WILDER ANDRES RODRIGUEZ DIAZ	1,070,950,803	AYUDANTE D EOBRA	FAMISANAR	SURA	PORVENIR	COLSUBSIDIO	9485950229	12/03/2025	07/03/2025	N/A	N/A
27	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JONNNY JAVIER MORALES ORJUELA	80,252,872	Ayudante de Obra	Capitalsalud	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	25/03/2025	19/03/2025	N/A	N/A
28	MAJOLI CONSTRUCCIONES	MIGUEL FELIPE GOMEZ	1,032,656,108	Ayudante de obra	SANITAS	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	19/03/2025	18/03/2025	N/A	N/A
29	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JUAN GABRIEL PUELLO BELTRAN	1,070,942,335	Ayudante de Obra	Famisanar	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	08/04/2025	06/12/2024	N/A	N/A
30	AJOLI CONSTRUCCIONES	WILMAR MICAN	79632405	AYUDANTE DE OBRA	SURA	FAMISANAR	PORVENIR	COLSUBSIDIO	9485950229	22/04/2025	14/04/2025	N/A	N/A
31	AJOLI CONSTRUCCIONES	JORGE ARMANDO PALACIOS HERNANDEZ	1049629201	maestro de obra	SURA	FAMISANAR	PORVENIR	COLSUBSIDIO	9485950229	22/04/2025	14/04/2025	N/A	N/A
32	INGEDUCTOS ZF S.A.S	JHOAN ALEXANDER ANDRADE SOLANO	1012463909	ESTRUCTURA	COLMENA	EPS SURA	PROTECCION		9485950229	25/04/2025	08/06/2024	N/A	N/A
33	INGEDUCTOS ZF S.A.S	RHONAL ALEXIS RODRIGUEZ SOLANO	1012463909	ESTRUCTURA	COLMENA	COMPENSAR	PROTECCION		9485759267	25/04/2025	04/03/2025	N/A	N/A
34	INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S A S	ORLANDO RODRIGUEZ REYES	19380206	conductor	colmena	Salud Total	colpensiones	compensar	9487140745	25/04/2025	16/04/2025	N/A	N/A
35	INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S A S	JULIAN ALBERTO ROJAS CAMPO	1019055220	condutor	colmena	NUEVA EPS	PORVENIR	compensar	9485715844	30/04/2025	18/02/2025	N/A	N/A
36	MAJOLI CONSTRUCCIONES	HERNANDO GONZALEZ ALARCON	100,169,949	AYUDANTE	SURA	CAPITAL SALUD	colpensiones	COLSUBSIDIO	9485950229	06/05/2025	05/05/2025	N/A	N/A
37	MAJOLI CONSTRUCCIONES	LUIS CHIBATA	79,237,324	Oficial de obra	SURA	Salud Total	N/A	COLSUBSIDIO	9485950229	14/05/2025	08/05/2025	N/A	N/A
38	MAJOLI CONSTRUCCIONES	GIOVANNY MONCADA	1,192,765,289	AYUDANTE	SURA	SANITAS	PORVENIR	COLSUBSIDIO	9485950229	14/05/2025	12/02/2025	N/A	N/A
RETIRO													
39	MAJOLI	ANGEL ALVEIRO GUTIERREZ CHINGATE	1,032,656,168	Ayudante de obra	Famisanar	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	30/01/2025	29/01/2025	N/A	N/A
40	MAJOLI CONSTRUCCIONES	JOHN JAIRO MORENO MORALES	1,069,752,249	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Proteccion	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
41	MAJOLI CONSTRUCCIONES	NOEL PEÑALOZA CELEITA	1,033,784,622	Ayudante de Obra	Salud Total	Sura	Porvenir	Colsubsidio	9485950229	29/01/2025	24/01/2025	N/A	N/A
INGRESO - RETIRO													
AUTORIZADOS QUE NO HAN INGRESADO													

N.A.P. : No aplica en el período

Para diligenciar columna Fecha de examen de egreso utilice las siguientes siglas:

Oe: entrega de orden para examen de egreso
RSA: retiro sin aviso
Fecha: fecha en que se realizo en examen de egreso

(Firma):
(Nombre): Dina Milena Ruiz Quesada

(Firma):
(Nombre)

ANEXO 4. Entrega de EPP

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Hernando Gonzalez	CEDULA No.	1001169949	CARGO	Ayudante.
DEPARTAMENTO	San Juan	AREA	Sumapaz	No de entrega	1

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes de nitrilo	1	10	7/05/25	Hernando G
2	Gafas de seguridad	1	/	7/05/25	Hernando G
3	Tapabocas	1	/	7/05/25	Hernando G
4	tapaidos	1	/	7/05/25	Hernando G
5	Casco	1	/	7/05/25	Hernando G
	Guantes	2	/	22/06/25	Hernando G

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez	CEDULA No.	1069739776.
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Hernando G

CEDULA No: 1001169949

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: ABRIL 27 DE 2016	FE+A1:J36CHA APROBACION: MAYO 20 DE 2016

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	luis chibata.	CEDULA No.	79237324	CARGO	Oficial.
DEPARTAMENTO	Sumapaz	AREA	San Juan	No de entrega	1.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes nitrilo	2.	10	15/05/25	
2	Gafas transparentes	1	/	15/05/25	
3	tapaoidos	1	/	15/05/25	
4	tapabocas	2	/	15/05/25	
5	Casco	1.	/	15/05/25	
	Guantes	2	/	22/05/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de proteccion personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: - 79237324

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: ABRIL 27 DE 2016	FE•A1 J05CHA APROBACION: MAYO 20 DE 2016

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Giovanny Morado	CEDULA No.	1192765289	CARGO	Ayudante.
DEPARTAMENTO	Somaca	AREA	San Juan	No de entrega	1.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes nitrilo	2.	10	15/05/25	
2	Gafas transparentes	1	NA	15/05/25	
3	tapaoidos inserción	1	N/A	15/05/25	
4	tapabocas	2.	N/A	15/05/25	
5	casco	1	N/A	15/05/25	
	Guantes.	2	N/A	22/05/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Katerine Martinez V.	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1192765289

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:
FECHA ELABORACION: ABRIL 27 DE 2016	FECHA APROBACION: MAYO 20 DE 2016

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Luis Vargas	CEDULA No.	1093745054	CARGO	oficial
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes	3		27/05/25	Luis Vargas
2					
3					
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Luis Vargas

CEDULA No: 1093745054

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA

Powered by CamScanner

SG-SST

FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jony morale	CEDULA No.	80252872	CARGO	Ayudar TC
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	JUANTES	3	1	22/05/15	
2					
3					
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 80252872

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Noel Pradoza C.	CEDULA No.	1033784622.	CARGO	Ayudante.
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes.	3	/	27/05/25	
2					
3					
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez -	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinanas. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Noel Pradoza Ruiz

CEDULA No: 1033784622.

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	JHON MORENO	CEDULA No.	1069757749	CARGO	AYUDANTE
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	GUANTES	3.	/	27/05/25	JHON MORENO
2					
3					
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez	CEDULA No.	1069739370
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jeisson Morales	CEDULA No.	1032656071	CARGO	Aydante.
DEPARTAMENTO		AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	3	7	27/05/25	
2					
3					
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johanna Martinez	CEDULA No.	1069739376.
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1032656071

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	miguel Felipe Gomez	CEDULA No.	1032656109	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	Suaza huila	AREA	Tabaco.	No de entrega	5

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes de nitrilo	9.		29/05/25	Felipe G.
2	tapa bocas	2		29/05/25	Felipe
3	tapa oidos	1		29/05/25	Felipe G
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dino Ruiz	CEDULA No.	4094329
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DI TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Felipe G.

CEDULA No: 1032656109

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jose Armando Palacios H	CEDULA No.	1.049.629.201	CARGO	Oficial
DEPARTAMENTO	Santa Fe	AREA	tabaco	No de entrega	4

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes de nitrilo	2		28/05/25	Jose A
2	tapa oidos	1		28/05/25	Jose A
3	tapa bocas	2		28/05/25	Jose A
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dina Fajs	CEDULA No.	40943298
CARGO	SST.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Jose A

CEDULA No: 1.049.629.201

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Wilmar Mica	CEDULA No.	79632405	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	Suroccidente	AREA	Laguna verde	No de entrega	3

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes de nitrilo	1		13/05/25	
2	tapa bocas	1		13/05/25	
3	tapa oidos	1		13/05/25	
4	casco	1		13/05/25	
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dina Luis	CEDULA No.	40943298
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DI TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: X

CEDULA No: X 79632405

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Milder Rodriguez	CEDULA No.	1070950803	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	Sana paz	AREA	animales	No de entrega	3

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	guantes de nitrilo	1		13/05/25	
2	tapa bocas	2		13/05/25	
3	tapa oidos	1		13/05/25	
4					
5					

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dina Ruiz	CEDULA No.	40943298
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DI TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1070950803

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Fabian Danilo Diaz Diaz	CEDULA No.	1022988379	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/06/25	Danilo Diaz
2	casco	1		13/06/25	Danilo Diaz
3	gafas	1		13/06/25	Danilo Diaz
4	guantes	1		13/06/25	Danilo Diaz
5	protección auditiva	1		13/06/25	Danilo Diaz
	overol	1		13/06/25	Danilo Diaz

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 84; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabian Danilo Diaz Diaz

CEDULA No: 1022988379

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Johan Y. Barrero	CEDULA No.	80 811 745	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO	Ing ambiental	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/06/25	
2	casco	1		13/06/25	
3	gafas.	1		13/06/25	
4	guantes	1		13/06/25	
5	protección auditiva	1		13/06/25	
	overol.	1		13/06/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johan Barrero	CEDULA No.	80 811 745
CARGO	OFICIAL	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Elvis Julian Fadard	CEDULA No.	1032626068	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/05/25	
2	gafas	1		13/05/25	
3	guantes	1		15/05/25	
4	casco	1		13/05/25	
5	protección auditiva.	1		13/05/25	
	overol.	1		13/05/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diana Ruiz	CEDULA No.	40943208
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 86, DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1032656068

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOR-000 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jesson Diaz	CEDULA No.	1001170075	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	las quimas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/05/25	
2	casco	1		13/05/25	
3	gafas	1		13/05/25	
4	guantes	1		13/05/25	
5	protección auditiva	1		13/05/25	
	overol.	1		13/05/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diana Luna	CEDULA No.	40943798
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 68; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1001170075

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA	FIRMA

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Johan Y. Barrero	CEDULA No.	80 811 745	CARGO	OFICIAL
DEPARTAMENTO	Sst animus	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/05/25	
2	casco	1		13/05/25	
3	gafas.	1		13/05/25	
4	guantes	1		13/05/25	
5	protección auditiva	1		13/05/25	
	tapa.	1		13/05/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Johan Barrero	CEDULA No.	80 811 745
CARGO	OFICIAL	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Fabian Danilo Diaz Diaz	CEDULA No.	1022988379	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/05/25	Danilo Diaz
2	arnes	1		13/05/25	Danilo Diaz
3	gafas	1		13/05/25	Danilo Diaz
4	guantes	1		13/05/25	Danilo Diaz
5	proteccion auditiva	1		13/05/25	Danilo Diaz
	overol	1		13/05/25	Danilo Diaz

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diana Ruiz	CEDULA No.	40943298
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Fabian Danilo Diaz Diaz

CEDULA No: 1022988379

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA	FIRMA:

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO:SST-FOS-050 VERSIÓN:001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Luis Julian Rodarte	CEDULA No.	1037626808	CARGO	Ayudante
DEPARTAMENTO	los animales	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/06/25	
2	gafas	1		13/06/25	
3	guantes	1		13/06/25	
4	casco	1		13/06/25	
5	protección auditiva.	1		13/06/25	
	uniforme.	1		13/06/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diana Ariza	CEDULA No.	40743298
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1022656068

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA	FIRMA

Powered by CamScanner

SG-SST FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)		CODIGO SST #CS-000 VERSIÓN 001

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Jesson Diaz	CEDULA No.	1001170075	CARGO	Ayudante de obra
DEPARTAMENTO	las animas	AREA		No de entrega	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	TALLA	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	botas	1		13/06/25	
2	casco	1		13/06/25	
3	gafas	1		13/06/25	
4	guantes	1		13/06/25	
5	respirador auditivos	1		13/06/25	
	overol.	1		13/06/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Daniel Pava	CEDULA No.	4094329B
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1001170075

ELABORO: HENRY CASTAÑEDA	APROBO: DANIEL PAVA
FIRMA:	FIRMA:

Powered by CamScanner

ANEXO 5. Certificación AT

CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el período comprendido entre el 11/05/2025 y el 11/06/2025 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	CONSORCIO ZF
CC/NIT:	901891370
CONTRATO:	20001400
CIUDAD:	FUNZA
INICIO VIGENCIA:	18/01/2025
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 11 días del mes de junio del año 2025.

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

Cordialmente,



Gerente de Servicio
Colmena Seguros

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

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 11/06/2025 15:52:32. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

ANEXO 6. Certificado de pago de S. S y planillas de pago S.S.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. identificado(a) con NI 900586210 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ORLANDO RODRIGUEZ REYES identificado(a) con CC 19380206

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$1,644,293	4%	$65,800
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$1,644,293	6.96%	$114,500
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$1,644,293	4%	$65,800
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	10	X								X									$516,026	4%	$20,700
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X								X									$516,026	6.96%	$36,000
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	10	X								X									$516,026	4%	$20,700

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:00.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. identificado(a) con NI 900586210 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANA MILENA SALAZAR DIAZ identificado(a) con CC 1014225710

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$2,795,000	4%	$111,800
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,795,000	16%	$447,200
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30									X									$2,795,000		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30									X									$2,795,000		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,795,000	0.522%	$14,600
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,795,000	4%	$111,800
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$2,525,000	4%	$101,000
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$2,525,000	16%	$404,000
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30																		$2,525,000		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30																		$2,525,000		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30																		$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30																		$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$2,525,000	0.522%	$13,200
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$2,525,000	4%	$101,000
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$2,525,000	4%	$101,000
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$2,525,000	16%	$404,000
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																		$2,525,000		$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																		$2,525,000		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																		$0	0%	$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																		$0	0%	$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$2,525,000	0.522%	$13,200
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$2,525,000	4%	$101,000

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:05.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. identificado(a) con NI 900586210 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE MIGUEL ROBALLO CAMPOS identificado(a) con CC 1070615163

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$3,311,800	4%	$132,500
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$3,311,800	16%	$529,900
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30									X									$3,311,800		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30									X									$3,311,800		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$3,311,800	6.96%	$230,600
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$3,311,800	4%	$132,500
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$3,333,200	4%	$133,400
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$3,333,200	16%	$533,400
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30									X									$3,333,200		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30									X									$3,333,200		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$3,333,200	6.96%	$232,000
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$3,333,200	4%	$133,400
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$3,290,400	4%	$131,700
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$3,290,400	16%	$526,500
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30									X									$3,290,400		$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30									X									$3,290,400		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$3,290,400	6.96%	$229,100
9484561160	1402070729	E	2025-04-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$3,290,400	4%	$131,700

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:07.

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGETECHO Y CONSTRUCCIONES S.A.S. identificado(a) con NI 900586210 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULIAN ALBERTO ROJAS OCAMPO identificado(a) con CC 1019055220

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$2,918,157	4%	$116,800
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,918,157	16%	$467,000
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30									X									$2,918,157		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30									X									$2,918,157		$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,918,157	6.96%	$203,200
9487140745	1541434795	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,918,157	4%	$116,800
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,367,789	4%	$94,800
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$2,367,789	16%	$378,900
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30									X									$2,367,789		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30									X									$2,367,789		$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$2,367,789	6.96%	$164,800
9485715844	1462028952	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$2,367,789	4%	$94,800
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$2,601,667	4%	$104,100
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$2,601,667	16%	$416,300
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30									X									$2,601,667		$0
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30									X									$2,601,667		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$2,601,667	6.96%	$181,100
9484485681	1399306007	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$2,601,667	4%	$104,100

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:00.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGEDUCTOS ZF S A S identificado(a) con NI 900838921 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN FRANCISCO CUESTAS RAMIREZ identificado(a) con CC 1077088282

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			
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																		$4,000,000	4%	$160,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$4,000,000	16%	$640,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30																		$4,000,000		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30																		$4,000,000		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30																		$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30																		$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$4,000,000	6.96%	$278,400
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30																		$4,000,000	4%	$160,000
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30							X											$4,000,000	4%	$160,000
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30							X											$4,000,000	16%	$640,000
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30							X											$4,000,000		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30							X											$4,000,000		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30							X											$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30							X											$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30							X											$4,000,000	6.96%	$278,400
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30							X											$4,000,000	4%	$160,000
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30																		$3,632,000	4%	$145,300
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$3,632,000	16%	$581,200
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30																		$3,632,000		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30																		$3,632,000		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30																		$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30																		$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$3,632,000	6.96%	$252,800
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30																		$3,632,000	4%	$145,300

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:18.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGEDUCTOS ZF S A S identificado(a) con NI 900838921 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para RHONAL ALEXIS RODRIGUEZ SOLANO identificado(a) con CC 1016059911

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$2,556,230	4%	$102,300
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	16%	$409,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30									X									$2,556,230		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30									X									$2,556,230		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	6.96%	$178,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	4%	$102,300
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$1,872,200	4%	$74,900
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$1,872,200	16%	$299,600
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	30									X									$1,872,200		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	30									X									$1,872,200		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	30									X									$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$1,872,200	6.96%	$130,400
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$1,872,200	4%	$74,900
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	28									X									$1,737,267	4%	$69,500
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	2													X					$107,334	4%	$4,300
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	28									X									$1,737,267	16%	$278,000
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	2													X					$107,334	16%	$17,200
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	28									X									$1,737,267		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	2													X					$107,334		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	28									X									$1,737,267		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	2													X					$107,334		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	28									X									$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	2													X					$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	28									X									$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	2													X					$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	28									X									$1,737,267	6.96%	$121,000
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	2													X					$107,334	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	28									X									$1,737,267	4%	$69,500
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	2													X					$107,334	4%	$4,300

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:20.

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que INGEDUCTOS ZF S A S identificado(a) con NI 900838921 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JHOAN ALEXANDER ANDRADE SOLANO identificado(a) con CC 1012463909

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	ima	vac	avp	vct	irl	vip			
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30									X									$2,556,230	4%	$102,300
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	16%	$409,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-05	30									X									$2,556,230		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-05	30									X									$2,556,230		$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-05	30									X									$0	0%	$0
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	6.96%	$178,000
9487314070	1541958472	E	2025-06-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	30									X									$2,556,230	4%	$102,300
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	29									X									$1,818,534	4%	$72,800
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-05	1											X							$53,667	4%	$2,200
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29									X									$1,818,534	16%	$291,000
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	1											X							$53,667	16%	$8,600
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	29									X									$1,818,534		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-04	1											X							$53,667		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	29									X									$1,818,534		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-04	1											X							$53,667		$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	29									X									$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-04	1											X							$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	29									X									$0	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-04	1											X							$0	0%	$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

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			
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29									X									$1,818,534	6.96%	$126,600
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	1											X							$53,667	0%	$0
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	29									X									$1,818,534	4%	$72,800
9485759267	1462522860	E	2025-05-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	0											X							$0	4%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-04	30									X									$1,872,200	4%	$74,900
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$1,872,200	16%	$299,600
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-03	30									X									$1,872,200		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-03	30									X									$1,872,200		$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-03	30									X									$0	0%	$0
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$1,872,200	6.96%	$130,400
9484450397	1399283374	E	2025-04-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-03	30									X									$1,872,200	4%	$74,900

Este certificado se expide el día 2025-06-11 a las 04:22.

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 901891370	0	CONSORCIO ZF	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Celta Trade Park, Bodega 153A	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1541561947	9487307548	E	2025/06/18	2025/06/09	BANCOLOMBIA	0	$7,450,300

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	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																							**$24,061,387**	**$3,850,100**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**		**$1,674,800**		**$0**	**$0**		**$7,450,300**
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (6 Afiliados)																							**$24,061,387**	**$3,850,100**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**		**$1,674,800**		**$0**	**$0**		**$7,450,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							**$24,061,387**	**$3,850,100**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**	**$962,700**			**$24,061,387**		**$1,674,800**		**$0**	**$0**		**$7,450,300**
1	CC	79896857	DIAZ JUAN									X									25-14	30	$3,447,650	$551,700	EPS005	30	$3,447,650	$138,000	CCF24	30	$3,447,650	$138,000	14-25	30	$3,447,650	6.960%	$240,000	30	$0	$0	SI	$1,067,700
2	CC	1082065177	GUILLEN AURI									X									230301	30	$4,318,910	$691,100	EPS005	30	$4,318,910	$172,800	CCF24	30	$4,318,910	$172,800	14-25	30	$4,318,910	6.960%	$300,600	30	$0	$0	SI	$1,337,300
3	CC	1069739376	MARTINEZ JOHANNA									X									25-14	30	$2,712,339	$434,000	EPS037	30	$2,712,339	$108,500	CCF24	30	$2,712,339	$108,500	14-25	30	$2,712,339	6.960%	$188,800	30	$0	$0	SI	$839,800
4	CC	85466135	ROCHA FELIPE																		230201	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$160,000	CCF24	30	$4,000,000	$160,000	14-25	30	$4,000,000	6.960%	$278,400	30	$0	$0	SI	$1,238,400
5	CC	40943298	RUIZ DINA									X									230301	30	$4,828,258	$772,600	EPS002	30	$4,828,258	$193,200	CCF24	30	$4,828,258	$193,200	14-25	30	$4,828,258	6.960%	$336,100	30	$0	$0	SI	$1,495,100
6	CC	1018447418	UMAÑA IVAN									X									25-14	30	$4,754,230	$760,700	EPS005	30	$4,754,230	$190,200	CCF24	30	$4,754,230	$190,200	14-25	30	$4,754,230	6.960%	$330,900	30	$0	$0	SI	$1,472,000
Total			**Afiliados(6)**																				$24,061,387	$3,850,100			$24,061,387	$962,700			$24,061,387	$962,700			$24,061,387		$1,674,800		$0	$0		$7,450,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901891370	0	CONSORCIO ZF	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Celta Trade Park, Bodega 153A	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1541561947	9487307548	E	2025/06/18	2025/06/09	BANCOLOMBIA	0	$7,450,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$3,850,100	$0	$0	$3,850,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,746,400	$0	$0	$1,746,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,463,700	$0	$0	$1,463,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$640,000	$0	$0	$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$1,674,800	$0	$0	$1,674,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	6	$1,674,800	$0	$0	$1,674,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$962,700	$0	$0	$962,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$962,700	$0	$0	$962,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$962,700	$0	$0	$962,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$108,500	$0	$0	$108,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$193,200	$0	$0	$193,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$661,000	$0	$0	$661,000
TOTAL				**6**	**$7,450,300**	**$0**	**$0**	**$7,450,300**

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 33522403
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-05-21

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901613099	D.V.	8	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CL 88A 94L 07	DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C	MUNICIPIO	BOGOTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	LOSPILARES341@GMAIL.COM	TELÉFONO	1234567
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	11813359	PRIMER APELLIDO	VALENCIA	SEGUNDO APELLIDO	GAMBOA
PRIMER NOMBRE	LARRY	SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 04	Año: 2025	Mes: 05	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
16		$21.115.250		33522403

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-1019074926	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	BARRAGAN CORONADO RAFAEL ENRIQUE	$1.423.500
CC-11810906	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	BECERRA MOSQUERA ALFONSO	$1.423.500
CC-1046272014	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	CABARCAS ORTIZ ANDRIS JOEL	$1.423.500
CC-1049924219	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	DIAZ AVILA JESUS DANIEL	$1.423.500
CC-1050040902	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	ESCANDON VASQUEZ JESUS DAVID	$1.423.500
CC-1014218941	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	GARCIA PRIETO EDGAR GIOVANNY	$1.423.500
CC-1046272742	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	HURTADO ESCOBAR JAVIER ENRIQUE	$1.423.500
CC-1122237057	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	MARTINEZ VALENCIA JAN ANDRES	$1.423.500
CC-1003927531	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	MENA PALACIOS ANDRES CAMILO	$1.423.500
CC-11805171	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	MOSQUERA BERRIO DAVINSON	$1.423.500
CC-1048442146	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	PEREZ SALGUEDO OSCAR ANDRES	$1.423.500
CC-1007123349	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	RODRIGUEZ PEREZ RODRIGO JOSE	$1.423.500
CC-11801137	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	RODRIGUEZ RENTERIA JUAN DE DIOS	$1.423.500
CC-1082898994	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	SARMIENTO HERRERA ALIZON RAFAEL	$1.423.500
CC-11813359	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	VALENCIA GAMBOA LARRY	$1.423.500
CC-1014279810	01	No	No	No	11	1	5433001	Fijo	VELASQUEZ LOZANO LUIS FERNANDO	$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 - 1019074926																													0		
CC - 11810906	X	2025-04-04																											0		
CC - 1046272014																													0		
CC - 1049924219																													0		
CC - 1050040902			X	2025-04-07																									0		
CC - 1014218941																													0		
CC - 1014218941													X	2025-04-24	2025-04-26														0		
CC - 1014218941													X	2025-04-28	2025-04-28														0		
CC - 1046272742																													0		
CC - 1122237057																													0		
CC - 1003927531																													0		
CC - 11805171																													0		
CC - 1048442146																													0		

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 - 1007123349																													0		
CC - 11801137																													0		
CC - 1082898994																													0		
CC - 11813359																													0		
CC - 1014279810			X	2025-04-21																									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 - 1019074926	PROTECCION	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 11810906	PORVENIR	27	$1.281.150	0.1600000	$205.000	$0	$0	$205.000	$0	$0	$0
CC - 1046272014	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1049924219	PROTECCION	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1050040902	PORVENIR	7	$332.150	0.1600000	$53.200	$0	$0	$53.200	$0	$0	$0
CC - 1014218941	PORVENIR	26	$1.233.700	0.1600000	$197.400	$0	$0	$197.400	$0	$0	$0
CC - 1014218941	PORVENIR	3	$142.350	0.1200000	$17.100	$0	$0	$17.100	$0	$0	$0
CC - 1014218941	PORVENIR	1	$47.450	0.1200000	$5.700	$0	$0	$5.700	$0	$0	$0
CC - 1046272742	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1122237057	PROTECCION	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1003927531	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 11805171	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1048442146	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1007123349	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 11801137	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1082898994	COLFONDOS	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 11813359	PROTECCION	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1014279810	PORVENIR	21	$996.450	0.1600000	$159.500	$0	$0	$159.500	$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 - 1019074926	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 11810906	COMPENSAR-EPS	27	$1.281.150	0.0400000	$51.300	$0	0	$0	0	$0	27	$1.281.150	1	0.0696000	$89.200
CC - 1046272014	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1049924219	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1050040902	NUEVA E.P.S. S.A.	7	$332.150	0.0400000	$13.300	$0	0	$0	0	$0	7	$332.150	1	0.0696000	$23.200
CC - 1014218941	FAMISANAR	26	$1.233.700	0.0400000	$49.400	$0	0	$0	0	$0	26	$1.233.700	1	0.0696000	$85.900
CC - 1014218941	FAMISANAR	3	$142.350	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	3	$142.350	1	0.0000000	$0
CC - 1014218941	FAMISANAR	1	$47.450	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	1	$47.450	1	0.0000000	$0
CC - 1046272742	SALUD TOTAL	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1122237057	EPS-S CAPITAL	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1003927531	SALUD TOTAL	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 11805171	SALUD TOTAL	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1048442146	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1007123349	EPS-S COOSALUD	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 11801137	FAMISANAR	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1082898994	SALUD TOTAL	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 11813359	FAMISANAR	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	1	0.0696000	$99.100
CC - 1014279810	FAMISANAR	21	$996.450	0.0400000	$39.900	$0	0	$0	0	$0	21	$996.450	1	0.0696000	$69.400

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a 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-1019074926	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-11810906	COMPENSAR-CCF	27	$1.281.150	0.0400000	$51.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1046272014	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1049924219	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1050040902	COMPENSAR-CCF	7	$332.150	0.0400000	$13.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1014218941	COMPENSAR-CCF	26	$1.233.700	0.0400000	$49.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1014218941	COMPENSAR-CCF	3	$142.350	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1014218941	COMPENSAR-CCF	1	$47.450	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1046272742	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1122237057	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1003927531	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-11805171	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1048442146	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1007123349	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-11801137	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1082898994	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-11813359	COMPENSAR-CCF	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1014279810	COMPENSAR-CCF	21	$996.450	0.0400000	$39.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 04											
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	9	$1.776.900	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$1.776.900

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 04											
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
COLPENSIONES	2	$455.600	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$455.600
PROTECCION	4	$911.200	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$911.200
COLFONDOS	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
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$57.000	$0	0	$0	0	$0	$57.000	0	$0	$0	$57.000	$0	0	$0	$0	$57.000	$0	$0	$57.000
COMPENSAR-EPS	1	$51.300	$0	0	$0	0	$0	$51.300	0	$0	$0	$51.300	$0	0	$0	$0	$51.300	$0	$0	$51.300
EPS-S CAPITAL	1	$57.000	$0	0	$0	0	$0	$57.000	0	$0	$0	$57.000	$0	0	$0	$0	$57.000	$0	$0	$57.000
FAMISANAR	4	$203.300	$0	0	$0	0	$0	$203.300	0	$0	$0	$203.300	$0	0	$0	$0	$203.300	$0	$0	$203.300
NUEVA E.P.S. S.A.	4	$184.300	$0	0	$0	0	$0	$184.300	0	$0	$0	$184.300	$0	0	$0	$0	$184.300	$0	$0	$184.300
EPS-S COOSALUD	1	$57.000	$0	0	$0	0	$0	$57.000	0	$0	$0	$57.000	$0	0	$0	$0	$57.000	$0	$0	$57.000
SALUD TOTAL	4	$228.000	$0	0	$0	0	$0	$228.000	0	$0	$0	$228.000	$0	0	$0	$0	$228.000	$0	$0	$228.000

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	16	$1.456.900	0	$0	$0	$1.456.900	0	$0	$1.456.900	0	$0	$0	$1.456.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMPENSAR-CCF	16	$837.900	0	$0	$837.900
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	7	$837.900
PENSIONES	4	$3.371.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$1.456.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$837.900
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$6.504.200

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 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1551822126	9487457569	E	2025/06/10	2025/06/13	BANCO DE OCCIDENTE	3	$10,773,900

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	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (33 Afiliados)																							$34,116,550	$5,459,700			$35,350,250	$1,415,500			$35,350,250	$1,415,500			$35,350,250		$2,461,800		$0	$0		$10,752,500

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: PRINCIPAL (33 Afiliados)								**$34,116,550**	**$5,459,700**			**$35,350,250**	**$1,415,500**			**$35,350,250**	**$1,415,500**			**$35,350,250**		**$2,461,800**		**$0**	**$0**		**$10,752,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (33 Afiliados)								**$34,116,550**	**$5,459,700**			**$35,350,250**	**$1,415,500**			**$35,350,250**	**$1,415,500**			**$35,350,250**		**$2,461,800**		**$0**	**$0**		**$10,752,500**
1	CC	3146484	AVENDAÑO JAIRO	X		23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS041	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
2	CC	80811745	BAQUERO JOHAM			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	1022418888	BASTO GABRIEL			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	3086207	BASTO GABRIEL			23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1003555701	BECERRA JEINER	X		23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS041	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
6	CC	1073520545	CARVAJAL HELMER		X	23030 1	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	6.960%	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
7	CC	79237324	CHIBATA LUIS	X			0	$0	$0	EPS002	18	$854,100	$34,200	CCF22	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	6.960%	$59,500	18	$0	$0	Si	$127,900
8	CC	1022988379	DIAZ FABIAN			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
9	CC	1001170075	DIAZ JEISSON			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
10	CC	1001170010	DIAZ JONATAN			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
11	CC	94300131	ESTRADA HUMBERTO	X			0	$0	$0	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF22	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$56,900
12	CC	1032656068	FAJARDO ELVIS			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
13	CC	80812630	GOMEZ JOSE			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	1032656108	GOMEZ MIGUEL			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
15	CC	1032656012	GOMEZ RAFAEL			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
16	CC	1001169949	GONZALEZ HERNANDO	X		25-14	25	$1,186,250	$189,800	EPSC34	25	$1,186,250	$47,500	CCF22	25	$1,186,250	$47,500	14-11	25	$1,186,250	6.960%	$82,600	25	$0	$0	Si	$367,400
17	CC	1032656168	GUTIERREZ ANGEL		X	23030 1	26	$1,233,700	$197,400	EPS017	26	$1,233,700	$49,400	CCF22	26	$1,233,700	$49,400	14-11	26	$1,233,700	6.960%	$85,900	26	$0	$0	Si	$382,100
18	CC	79632405	MICAN WILMAR			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
19	CC	1192765289	MONCADA GIOVANNY	X		23030 1	16	$759,200	$121,500	EPS005	16	$759,200	$30,400	CCF22	16	$759,200	$30,400	14-11	16	$759,200	6.960%	$52,900	16	$0	$0	Si	$235,200
20	CC	80252872	MORALES JONNY			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPSC34	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
21	CC	1032656071	MORALES YEISON			25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
22	CC	1069752249	MORENO JOHN			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
23	CC	1049629201	PALACIOS JORGE			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
24	CC	1022979929	PEÑALOSA BRAYAN		X	23030 1	6	$284,700	$45,600	EPS002	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	6.960%	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
25	CC	1033784622	PEÑALOZA NOEL			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
26	CC	1070942335	PUELLO JUAN			23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
27	CC	1111794135	PUYU JOSE			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
28	CC	17815498	REDONDO NICOLAS			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
29	CC	1032656535	RODRIGUEZ BRAYAN		X	23030 1	6	$284,700	$45,600	EPS017	6	$284,700	$11,400	CCF22	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	6.960%	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
30	CC	1070950803	RODRIGUEZ WILDER			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
31	CC	1093745054	VARGAS LUIS			23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
32	CC	80543215	VILLAMIL ARTURO	X	X	23020 1	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
33	CC	1012338561	VILLAMIL BAYMAN	X	X	23020 1	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
Total		**Afiliados(33)**						$34,116,550	$5,459,700			$35,350,250	$1,415,500			$35,350,250	$1,415,500			$35,350,250		$2,461,800		$0	$0		$10,752,500

PLANILLA PAGADA

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 901673135	1	MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 90 BIS 73 A 57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8847641	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1551822126	9487457569	E	2025/06/10	2025/06/13	BANCO DE OCCIDENTE	3	$10,773,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				31	$5,459,700	$10,800	$0	$5,470,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$500	$0	$228,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$417,600	$900	$0	$418,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$3,432,300	$6,700	$0	$3,439,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$1,382,000	$2,700	$0	$1,384,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				33	$2,461,800	$4,800	$0	$2,466,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	33	$2,461,800	$4,800	$0	$2,466,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				33	$1,415,500	$2,800	$0	$1,418,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	33	$1,415,500	$2,800	$0	$1,418,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				33	$1,415,500	$3,000	$0	$1,418,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$218,500	$500	$0	$219,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	15	$691,600	$1,400	$0	$693,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$3,800	$100	$0	$3,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$402,800	$800	$0	$403,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$98,800	$200	$0	$99,000
TOTAL				**33**	**$10,752,500**	**$21,400**	**$0**	**$10,773,900**

Certificado de Aportes

Se certifica que YESSICA ANDREA TAMAYO ESCOBAR identificado(a) con CC 1018442877 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS NI 900916608

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-05	2025-06	1532341769	9487198966	E	2025-06-05																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLFONDOS	30	16%	$3,715,913	$594,600
ARL	SEGUROS BOLIVAR	30	6.96%	$3,715,913	$258,700
CCF	COMPENSAR	30	4%	$3,715,913	$148,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	4%	$3,715,913	$148,700

Este certificado se expide el día 2025-06-05 a las 01:55.

SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha Creación reporte: 2025-05-27, 05:35:18 **Tipo de Planilla** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 67000909

Periodo Cotización: mayo 2025 **Periodo Servicio:** mayo 2025

PAGADO 27/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GEOVANNI SALINAS CALDERON		
Documento	CC79767107	**Dirección**	CARRERA 107 A 131 B 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123843026
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET_F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	porte isterio	Total
CC 79767107	GEOVANNI SALINAS CALDERON	59	00																		0	0	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 228.000	05)SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	6,96	$ 1.423.500	$ 100.000	(NIN-CC) NINGUNACCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 506.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgo	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$	$ 228.000	$ 178.000	$ 100.000	$	$	$	$	$	$	$	$ 506.000	$	$ 506.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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

ANEXO 7. Plan de Trabajo e indicadores

PROPUESTA PLAN DE TRABAJO
IMPLEMENTACION SG SST CONSORCIO ZF

SST-PGR-001, VERSION: 001

FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025

OBJETIVO DEL PLAN

Documentar, Implementar y mantener las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en la normatividad y legislación colombiana vigente (Decreto 1072 de 2015) y las demás aplicables, con el fin de garantizar la prevención de los accidentes y enfermedades laborales por las actividades realizadas por **EL CONSORCIO ZF**

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL

* Analizar los sistemas de control requeridos de acuerdo con los riesgos existentes.
* Desarrollar actividades de prevención de accidentes laborales y accidentes.
* Dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia de salud y seguridad en el trabajo.

METAS	INDICADOR
Cumplir con el 90% de las actividades propuestas para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, programadas para el año 2024	No. Actividades Programadas /No. Actividades ejecutadas *100

RECURSOS

Financieros: Los que destine la gerencia conforme lo establecido en el presupuesto (Ver presupuesto)
Humanos: Responsable del sistema de gestión en Seguridad y salud en el trabajo, asesoría de ARL, tiempo del personal
Técnicos: Computadores, software, memorias, video beam, papelería, implementos de oficina

CICLO PHVA	DIRECTRIZ POLITICA	ACTIVIDAD SG-SST	RESPONSABLE	COSTO ANUAL	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (ENE, FEB, MAR, ABR, MAY, JUN, JUL, AGOSTO, SEPT, OCT, NOV, DIC; P / E)	CUMPLIMIENTO X ACTIVIDAD P	E	TOTAL	OBSERVACIONES
PLANEAR		**1 PLANIFICACION DEL SG-SST**							
		Transición documental al Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a norvatividad vigente	GERENCIA- COORDINADOR SST		P E P E	4	3	3	
		Autoevaluación inicial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Actualizacion o verificacion del Responsable SST y constar que este el acta firmada	COORDINADOR SST		P E	1	1	0	
		Entrega de funciones a todos los trabajadores de la organización ademas estas deben contener las resposabilidades en SST	RRHH, CALIDAD		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	9	10	
		Verificar afiliacion a Seguridad Social de Trabajadores vinculados a la empresa de los ultimos 4 meses a la verificacion , verificar el 10% de los trabajadores vinculados.	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	12	
		Revisar programa de Capacitacion anual y programar actividades de capacitacion	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	10	
		Realizar induccion y reinduccion a trabajadores en sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo y actividades de promocion y prevencion	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	9	10	
		Actualizacion de la Politica en SST y definicion de objetivos SST	COORDINADOR SST		P E	1	1	0	
		Realizar y/o actualizar cuadro de seguimiento a examenes medicos y programar los examenes que esten pendientes por realizar	COORDINADOR SST Y RRHH		P E	2	1	3	
		Seguimiento a plan de trabajo de trabajo anual y verificacion de cumplimiento del mismo, revision de acciones de mejora a acciones no cumplidas.	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	10	
		Realizar procedimiento de rendicion de cuentas en todos los niveles de la organización con sus respectivos formatos	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Realizar procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras o adquisición de productos y servicios y constatar su cumplimiento.	COORDINADOR SST		P E	1	1	0	
		Realizar documento que señale los criterios relacionados con SST para la evaluación y selección de proveedores cuando la empresa los haya establecido.	COORDINADOR SST		P E	1	1	0	
		2. DESARROLLO DEL SG-SST							
		Realizar encuesta perfil sociodemografico a trabajadores que estan pendiente, se realizar para el personal que no se encuentra en la sede la encuesta de manera virtual.	COORDINADOR SST		P R P	2	0	2	
		Actividades enfocadas a medicina preventiva y del trabajo	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Actualización de Matriz de Peligros y evaluación, valoración de Riesgos, de acuerdo a cambios en actividades, planta física.	COORDINADOR SST		P E P	2	1	1	
		Actualización de Matriz de Requisitos Legales, según Normatividad Vigente	COORDINADOR SST		P E P	2	1	1	
		Envio a la ARL correo con permisos de los cargos de los trabajadores, al que debe responder el correo informando que ha recibido la informacion y socializado con el medico (cos) ocupacionales de dicha entidad	COORDINADOR SST		P E	1	1	0	
		Semana de la salud donde se educaran a trabajadores que ofrezcan servicios gratuitos de examenes como: visiometria, donancion de sangre, pausa activas (rumba terapia), toma de peso, indice de masa corporal, capacitaciones en temas de prevencion	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Realizar por trabajador documento que evidencie la comunicación por escrito al trabajador de los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.	COORDINADOR SST		P R	1	0	1	
		Actividades para el control del Tabaquismo, alcoholismo y farmaco dependencia (procedimiento y registros que evidencien el cumplimiento del mismo).	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Registro de reporte de AT y EL (furat) y realizar a cada reporte su respectiva investigación y plan de acción	COORDINADOR SST			0	0	0	CUANDO APLIQUE
		Registrar en el Informe de ausentismo laboral las incapacidades sea por el (EG-AG) (AT-EL)	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Realizar formato que conlleve a la participación de los trabajadores en la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.	COORDINADOR SST		P R	1	1	0	
		Revisar la hoja de materias primas e insumos, productos intermedios o finales, subproductos y desechos y verificar si estas son o están compuestas por agentes o sustancias catalogadas como cancerígenos en el anexo 1 de la clasificación de la agencia internacional para la investigación del cáncer (IARC)	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		2.1. CONTRATISTAS Y PROVEEEDORES							
		Solicitar los certificados de aptitud labora (exames medicos),pago de planillas seguridad social, documentos del SG-SST, al area de contratos del personal de prestación der servicios	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Solicitar evidencia de registros asistencia, formatos de inspecciones pre-operacionales de los Equipos y Herramientas	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		2.2. ELEMENTOS D EPROTECCIÓN PERSONAL							
		Control entrega de dotacion	RRHH, COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		control y entrega de EPP	RRHH, COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		3. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO							
		Realizar Exámenes médicos ocupacionales, periódicos personal	GERENCIA GENERAL RRHH		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Revisión de Diagnostico de Condiciones de Salud	COORDINADOR SST		P E	2	1	1	
		Documentación, Implementación Programa de Vigilancia Epidemiologica Biomecanico	ARL COLMENA		P	1	0	1	
		Seguimiento a Remisiones y Restricciones Medico Laborales	COORDINADOR SST		P E	2	1	1	
		4. PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS / BRIGADAS							
		Revision y Actualización del plan de Emergencias, debe incluir el analisis amenazas y de vulnerabilidad	COORDINADOR SST, CON ASESORIA DE ARL COLMENA		P E	1	1	0	
		Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Capacitacion primeros auxilios	COORDINADOR SST		P	1	0	1	Se realiza en oficina administrativas
		Capacitacion contra incendios	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Capacitacion evacuacion	COORDINADOR SST		P	1	0	1	
		Conformación de la Brigada de Emergencias	COORDINADOR SST RRHH		P R	1	0	1	Se realiza en oficina administrativas
		Simulacro de Evacuación en Primeros Auxilios y Contraincendios	ARL COLMENA, COORDINADOR SST, RRHH Y COORD. DE BRIGADA		P	1	0	1	
		Participación Simulacro Nacional de Evacuación	COORDINADOR SST, RRHH Y COORD. DE BRIGADA		P	1	0	1	
		5. CAPACITACIONES							
		Capacitación Inducción y Re-Inducción a Todo Personal Incluyendo Contratistas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Capacitación Normas de Seguridad Tecnicas en Equipos y Herramientas Criticas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Capacitación Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Capacitación de Estilos de Vida Saludable	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P	1	0	1	
		Capacitación Manejo Manual de Cargas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Capacitación Uso y Mantenimiento adecuado de EPP	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P	1	0	1	
		Capacitación en Pausas Activas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	1	1	0	
		Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST						
		Riesgo biomecanico	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P				
		riesgo de trabajo en alturas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		E				
		trabajo en caliente	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST		P E	10	10	0	
		6. COPASST - COMITÉ DE CONVIVENCIA							
		Divulgación Elecciones Representantes al Copasst y Comité de Convivencia Laboral Trabajadores	RRHH COORDINADOR SST		P R	1	0	1	
		Elección Representantes del Copasst y Comité de Convivencia Laboral	RRHH COORDINADOR SST		P R	1	0	1	
		Reunión Mensual del Copasst	COPASST		P R P R P R P P P P P P P P P P P P	9	0	9	
		Reunión Trimestral del Comité de Convivencia	COMITE DE CONVIVENCIA		P R P R P P P	5	0	5	
		Capacitacion del Copasst	COORDINADOR SST		P R P P	2	0	2	
		Capacitacion Comité de Convivencia Laboral	COORDINADOR SST		P R P P	2	0	2	
		Investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo	EQUIPO INVESTIGADOR, COPASST			0	0	0	CUANDO APLIQUE
		7. PROGRAMA DE INSPECCIONES							
		Inspección gerencial administrativa	GERENTE GENERAL - GERENCIA OPERACIONES		P	1	0	1	
		Inspección gerencial campo	GERENTE GENERAL - DIRECTOR DE PROYECTO		P	1	0	1	
		Inspecciónes Puestos de Trabajo	ARL COLMENA, COORDINADOR SST, COPASST		P	1	0	1	
		Inspección Botiquín de Primeros Auxilios	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	11	5	6	
		Inspección de Extintores	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	11	5	6	
		Inspección Elementos de Protección Personal	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST		P R P P	3	1	2	
		Inspección Equipos de Protección Contra-Caidas	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST			0	0	0	CUANDO APLIQUE
		Inspección Tecnica por Personal Competente Y Pruebas Tecnicas a; Equipos y Maquinaria, Herramientas Electricas, Equipos de Protección contra Caidas	PERSONAL CALIFICADO		P P	2	0	2	
		Inspección de Orden, Aseo y Manejo de Residuos Solidos	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Inspección Equipos Eléctricos y Mecánicos (pulidoras, taladros, niladoras,cizalla,dobladora,soldadores)	COORDINADOR SST, INSPECTOR SST, COPASST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		8. INDICADORES							
		Evaluación Indicadores de Frecuencia de Ausentismo incluye enfermedad comun, Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo y Consulta de Salud	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Evaluación Indicadores de Acciones preventivas	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Evaluación Indicadores Plan Anual de Trabajo	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Evaluación Indicadores Capacitaciones	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		Evaluación Indicadores de Accidentes Laborales (Investigacion, Severidad, frecuencia)	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicadores Plan de Atención de Emergencias (Simulacros)	COORDINADOR SST		P R	1	0	1	
		Evaluación Indicadores de Enfermedad Laboral (Incidencia y Prevalencia), Lesiones incapacitantes.	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicador de Mortalidad de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	CUANDO APLIQUE
		Evaluación Indicador de Ejecución Plan de Trabajo	COORDINADOR SST		P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E P E	12	6	6	
		9. AUDITORIAS							
		Realizacion Auditorias Internas - Externas	GERENTE GENERAL - GERENCIA OPERACIONES		P	1	0	1	
		Revisión Alta dirección Resultados y Alcances de la Auditoria	GERENTE GENERAL		P	1	0	1	

Nota: Al momento de alimentar los indicadores del programa por favor verificar que los valores sean correctos y verídicos es decir, que exista evidencia de la ejecución de las actividades; adicionalmente revise que la hoja se encuentre correctamente formulada y los resultados coincidan con los datos ingresados.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
PROGRAMADO	31	27	29	34	31	30	32	30	31	33	29	29
EJECUTADO	30	24	27	28	30	25	0	0	0	0	0	0
CUMPLIMIENTO MENSUAL	96,8	88,9	96,4	82,4	96,8	83,3	0,0	0	0	0	0	0
CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL	94,03055129			87,48682269			0			0		

CONVENCIONES

	CAMPO VACIO
P	PROGRAMADO
E	EJECUTADO
R	REPROGRAMADA

ANALISIS Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO

Trimestre 1: | Trimestre 2: | Trimestre 3: | Trimestre 4:



OBSERVACIONES

	PROGRAMA DE CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTO EN SST 2025	SST-PGR-001, VERSION: 001 FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025

ALCANCE

El presente programa da cubrimiento a todos los trabajadores, contratistas y otro personal involucrado en la operación de CONSORCIO ZF tanto de la sede administrativa como de los diferentes proyectos; así como al personal que conforma las brigadas de emergencias y el Copasst. Se asegurará que todas las capacitaciones o instrucciones sean desarrolladas según las habilidades de comunicación y escolaridad de los trabajadores o personal asistente.

JUSTIFICACIÓN

Cuando el personal cuenta con las competencias y formación requerida según el cargo desempeñado, se reduce la probabilidad que ocurran accidentes laborales y enfermedades profesionales.

OBJETIVO

Promover una conciencia de autocuidado y proteccion del ambiente, en la población trabajadora, contratistas y demás personal vinculado a las actividades de CONSORCIO ZF

INDICADORES

Cobertura:	**Cumplimiento:**
(Nº de trabajadores capacitados en el trimestre / Nº de trabajadores programados en el trimestre)*100	(Nº de capacitaciones ejecutadas en el trimestre / Nº de capacitaciones programadas en el trimestre)*100

Proyecto/Oficina **CONSORCIO ZF** Fecha Actualización: ENERO DE 2025

CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES AREA SST 2025

TEMA	MES (Despliegue la Flecha para P / E / R)												RESPONSABLE
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	
Capacitación Inducción y Re-Inducción a Todo Personal Incluyendo Contratistas	E	E			E								COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Normas de Seguridad Tecnicas en Equipos y Herramientas Criticas			E										COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Prevención de Accidentes de Trabajo y Enferemedad Laboral				E									COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación de Estilos de Vida Saludable		E											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Manejo Manual de Cargas					E								COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación Uso y Mantenimiento adecuado de EPP		E											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Capacitación en Pausas Activas			E										COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Socializacion Plan de Emergencias a funcionarios		E											COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Riesgo Biomecanico								P					COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
riesgo de trabajo en alturas							P						COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
riesgo en caliente						E							COORDINADOR SST, INSPECTOR SST
Numero Capacitaciones Programadas	1	4	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	
Numero Capacitaciones Realizadas	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Numero Total Capacitaciones	**1**	**4**	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	
CUMPLIMIENTO MENSUAL	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**0%**	**0%**					
CUMPLIMIENTO ACUMULADO PROYECTO	**85%**												
TOTAL ACTIVIDADES PROGRAMADAS PROYECTO	**13**												

CONVENCIONES		
		CAMPO VACIO
	P	PROGRAMADO
	E	EJECUTADO
	R	REPROGRAMADA

OBSERVACION

Cronograma de capacitaciones y Charlas de seguridad base, el cual se implementa y se ajusta en los proyectos de acuerdo a la duración de los mismos. Cada proyecto lleva el seguimiento de las capacitaciones realizadas.

FIRMA RESPONSABLE DEL SG-SST

	ESTADISTICAS AÑO 2025	**SST-PGR-001, VERSION: 001** **FECHA DE ELABORACIÓN: 15/01/2025**

Sede: SUMAPAZ **Fecha Actualización** 16 DE MAYO 2025

MES	PERSONAL ACTIVO (No. De Colaboradores)	ACCIDENTES DE TRABAJO					ENFERMEDADES LABORALES		DÍAS PERDIDOS POR ENFERMEDAD DE ORIGEN COMÚN	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD		HHT	INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD K: 100.000 (Constante Enfermedad Laboral - prevalencia, incidencia)						
		N° DE AT (LEVES-GRAVES)	N° DE AT (MORTALES)	DIAS DE INCAPACIDAD POR AT	N° DÍAS CARGADOS (NTC 3701 Anexo A - Pérdida Traumática o Quirurgica Miembros)	N° TOTAL DE DÍAS PERDIDOS	N° CASOS NVOS DE EL	N° TOTAL CASOS DE EL		No. EVENTOS	No. DIAS PERDIDOS		Indice Frecuencia	Indice Severidad	Proporcion de AT Mortales (%)	Indice de Lesiones Incapacitantes	Tasa Prevalencia enfermedad Laboral	Tasa Incidencia Enfermedad Laboral	Ausentismo Gral por Causa Médica (%)
17 ENERO AL16 DE FEBRERO	31					0	0	0		0	0	7440	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	0,0
17 FEBRERO AL 16 DE MARZO	35					0	0	0	8	0	0	8400	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	0,9
17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL	43					0	0	0	26	0	0	10320	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	2,3
17 DE ABRIL AL 16 MAYO	42					0	0	0		1	16	9660	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	1,5
17 DE MAYO AL 16 JUNIO	36					0	0	0		0	10	8280	0,0000	0,0000	0	0,0000	0,0000	0,0000	1,1
17 DE JUNIO AL 16 DE JULIO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DE JULIO AL 16 DE AGOSTO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DE AGOSTO AL 16 DE SEPTIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DE SEPTIEMBRE AL 16 DE OCTUBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DE OCTUBRE AL 16 NOVIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DE NOVIEMBRE AL 16 DE DICIEMBRE						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
17 DICIEMBRE AL 16 ENERO						0	0	0		0	0	0			0				#¡DIV/0!
TOTAL ANUAL	187	0	0	0	0	0	0	0	34	1	26	44100							0,7

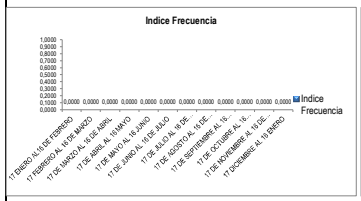
NOTAS:

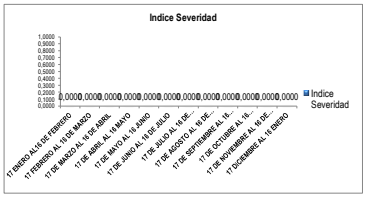
1. Los indicadores se calculan tomando 10 horas laborales
2. Los indicadores se calculan tomando 27 días de trabajo programados promedio
3. IS: Indice de severidad de accidentes de origen laboral
4. IF: Indice de frecuencia de accidentes de origen laboral
5. IM: Proporción de accidentes de trabajo mortales
6. TPE: Prevalencia de la enfermedad laboral
7. TIE: Incidencia de la enfermedad laboral
8. TAG: Ausentismo por causa médica

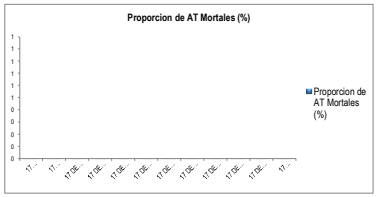
- El numero de casos de enfermedad laboral corresponde a las enfermedades **Calificadas** como laborales y no al numero de personas con enfermedad laboral

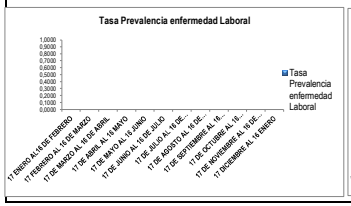
- Los días cargados corresponden al número de dias que se cargan o asignana a una lesión ocacionada por un AT o EL, siempre que la lesión origine muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial. Los días cargados se utilizan solamente para el cálculo de los indices de severidad, como un estimativo de la pérdida real causada

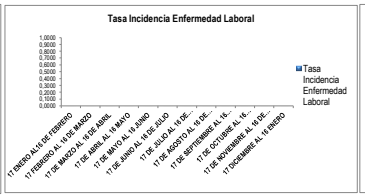
- La constante 100.000 para los indicadores de enfermedad laboral es la utilizada por la OMS para la estadistica internacional, permitiendo comparación estandarizada

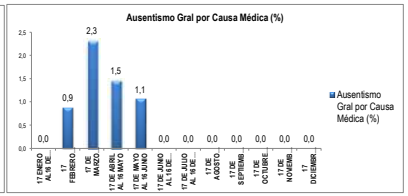












Analisis Trimestre 1:

para el periodo de 17 de enero al 16 de febrero no se presenta ausentismo. Para el periodo de 17 de Febreo al 16 de Marzo se presento el 1.1% de ausentismo por enfermedad general.

Analisis Trimestre 2:

Para el periodo de 17 de Marzo al 16 de Abril se presento el 2.3% de ausentismo por enfermedad general.

Analisis Trimestre 3:

Analisis Trimestre 4:

ANEXO 8. Paz y Salvos

MAJOLI
Construcciones Sas

NIT: 901.673.135-1

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, A LOS 1 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2025, EL CONTRATO LABORAL CELEBRADO ENTRE EL EMPLEADOR **MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS** CON NIT **901673135-1** Y EL TRABAJADOR **ANGEL ALVEIRO GUTIERREZ CHINGATE** MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON CC **1032656168** DE **BOGOTA (CUND)** SE DA POR TERMINADO EL 26 DE MAYO DE 2025.

EN SIMBOLO DE ASENTAMIENTO CON LA LIQUIDACION DEL CONTRATO LABORAL, EL **TRABAJADOR** SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, Y SOSTIENE QUE HA RECIBIDO A SASTIFACCION SOCIAL EL TOTAL DE SUS PRESTACIONES.

Cordialmente:

Gabriel Basto.
1022418888.

REPRESENTANTE LEGAL

CC:1.022.418.888

Angel Alveiro Gutierrez

ANGEL ALVEIRO GUTIERREZ CHINGATE

CC:1.032.656.168

322-948-3345
majoliconstrucciones36@outlook.com

MAJOLI
Construcciones Sas

NIT: 901.673.135-1

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, A LOS DIAS 28 DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2025, EL CONTRATO LABORAL CELEBRADO ENTRE EL EMPLEADOR **MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS** CON NIT **901673135-1** Y EL TRABAJADOR **JOHN JAIRO MORENO MORALES** MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON CC **1069752249** DE **FUSAGASUGA (CUND)** SE DA POR TERMINADO EL 13 JUNIO DE 2025.

EN SIMBOLO DE ASENTAMIENTO CON LA LIQUIDACION DEL CONTRATO LABORAL, EL **TRABAJADOR** SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, Y SOSTIENE QUE HA RECIBIDO A SASTIFACCION SOCIAL EL TOTAL DE SUS PRESTACIONES.

Cordialmente:

Gabriel Basto.
1022418888.

REPRESENTANTE LEGAL

CC:1.022.418.888

JHON MORENO
1069752249

JOHN JAIRO MORENO MORALES

CC:1.069.752.249

3229483345
majoliconstrucciones36@outlook.com

MAJOLI
Construcciones Sas

NIT: 901.673.135-1

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, A LOS DIAS 28 DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2025, EL CONTRATO LABORAL CELEBRADO ENTRE EL EMPLEADOR **MAJOLI CONSTRUCCIONES SAS** CON NIT **901673135-1** Y EL TRABAJADOR **NOEL PEÑALOZA CELEITA** MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON CC **1033784622** DE **BOGOTA (CUND)** SE DA POR TERMINADO EL 13 JUNIO DE 2025.

EN SIMBOLO DE ASENTAMIENTO CON LA LIQUIDACION DEL CONTRATO LABORAL, EL **TRABAJADOR** SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, Y SOSTIENE QUE HA RECIBIDO A SASTIFACCION SOCIAL EL TOTAL DE SUS PRESTACIONES.

Cordialmente:

Gabriel Basto.
1022A1BBBB.

REPRESENTANTE LEGAL

CC:1.022.418.888

1033784622

NOEL PEÑALOZA CELEITA

CC:1.033.784.622

3229483345
majoliconstrucciones36@outlook.com

ANEXO 9. Mujeres en la contratación

CERTIFICA QUE

El **CONSORCIO ZF** identificado con **NIT: 901.891.370-0,** ha venido dando cumplimiento a cabalidad y según los porcentajes que establece el articulo 3 del decreto distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato de obra C01. PCCNTR. 7004833, con objeto **"EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.** Desde el 17 de Mayo de 2025 hasta el 16 de Junio ha cumplido un 7,31% de mujeres en el proyecto, como se discrimina en el pago de seguridad social y lo reportado en el informe mensual SST de obra.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de Junio del año 2025.

Firma:

KATHERINE RIOS PORTILLA
C.C.: 1010196116 de Bogotá
Representante Legal
CONSORCIO ZF

ANEXO 10. Personal en condición de discapacidad

Trabajo	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 4.0 Fecha: Enero 31 de 2021 Página 1 de 1

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ

A QUIEN INTERESE
HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del **Certificado de Vinculación de Trabajadores con Discapacidad**, se evidencia lo siguiente:

RADICADO:	13EE2025721100000012089
FECHA RADICADO:	13/03/2025
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	RIVAL CONSTRUCCIONES E INVERSIONES S.A.S.
IDENTIFICACIÓN:	901.373.028-4

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	2
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO ACREDITADOS CON CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL: *Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997* *Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)*	1
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.*	50,00%

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o del sistema de preferencias en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención al beneficio verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al termino de ejecución del contrato. **CD00850**

Corresponderá a la Entidad o Empresa contratante verificar lo antes señalado, por lo cual, el contratista deberá aportar la documentación que le sea solicitada y que acredite el cumplimiento de lo establecido, conforme con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.7 y 2.2.1.2.4.2.17 (numeral 3) del Decreto 1082 de 2015.

El Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia.

NOTA: "A partir del lunes 3 de marzo de 2025, el presente certificado será comunicado por el inspector de conocimiento al correo electrónico aportado por el solicitante"

La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015

Dado en, Bogotá D.C. el miércoles, 9 de abril de 2025

CARLOS ARTURO RIVEROS MARTINEZ

Verificó y Elaboró: R.Aldana

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE		KOZMA	ARIAS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X			

Número de documento de identidad: 1031130976

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
ZONAMEDICA MR SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2022	12	21

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
900170994

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	58.33
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b122.2 b210.2 b760.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s110.322
3. Codigos Actividades y Participación
d155.3 d598.4 d879.3

Scanned with CamScanner

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANDRES LOPERA TORRES	Medicina	CC-1020833283
NICOLAS ARTURO QUINCHE RAMIREZ	Psicología	CC-1033810031
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	CC-53105714

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Scanned with CamScanner

ANEXO 11. PTA.

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Codigo: SST-FOR-003

PERSONAS QUE REALIZARÁN EL TRABAJO

Certifico que estoy enterado del trabajo a realizar, los equipos a utilizar y los elementos y normas de seguridad que debo tener en cuenta para ejecutar la tarea

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	CARGO	CERTIFICADO	EPP	SEG. SOCIAL	VERIFICO LOS PUNTOS DE ANCLAJE	ESTADO DE SALUD SUEÑO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Yhonel Padrino	cc	1016059911	Montador	SI	SI	SI	SI	SI						Yhonel	Yhonel
Yhoan Andrade	cc	1012463904	Montador	SI	SI	SI	SI	SI						Yhoan	Yhoan

CIERRE DIARIO

NOMBRE _____ CARGO _____ CEDULA _____

FIRMA CIERRE DIARIO

CANCELACION DEL PERMISO

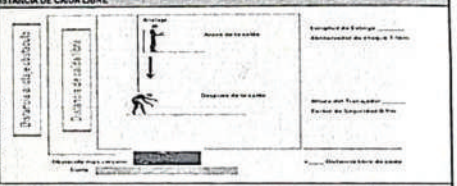
El incumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso, tendrá como consecuencia la suspensión inmediata de la labor y el retiro del trabajador del área de trabajo

Este permiso ha sido cancelado por incumplimiento a las Normas de Seguridad

Firma

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

Variables	Valores
A. Altura trabajador (promedio)	1.8
B. Distancia de Caida (Longitud de la Eslinga)	1.8
C. Absorbedor de choque (max 1.07 mts)	1.07
D. Factor de Seguridad	0.93
E. Espacio que cede el arnes durante la caida	0.30
F= Distancia Total de Caida Libre	5.97



OBSERVACIONES:

COORDINADOR EN ALTURAS	PERSONA DE SST, AYUDANTE DE SEGURIDAD O VIGIA	RESPONSABLE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIAS	RESPONSABLE CONTRATISTA
NOMBRES Y APELLIDOS Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS
CARGO SST.	CARGO SST.	CARGO SST.	CARGO
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
CC 1069739376	CC 1069739376	CC 1069739376.	CC

MANTENGA ESTE PERMISO EN UN LUGAR VISIBLE DEL AREA DE TRABAJO EN LA QUE DESARROLLA LA OPERACIÓN,
EN CASO DE LLUVIA SUSPENDER LA LABOR

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

VERSIÓN: 007

EMPRESA CONTRATISTA	ZF	UNIDAD	Sumapaz	FECHA DE INICIO	HORA INICIO
LUGAR/AREA DE TRABAJO	Sede San Juan Vivienda Docente. Consorcio ZF			FECHA DE FINALIZACIÓN	HORA FIN
N° DE PERSONAS (que van a realizar la actividad)					
HERRAMIENTAS A UTILIZAR	Soldadora, Equipo de Soldadura			ALTURA APROX. DE TRABAJO	
ACTIVIDAD A REALIZAR Y DESCRIPCION DE LA TAREA	Instalacion de Estructura para cubierta.				
TIPO DE TRABAJO	ACCESO Y DESCENSO: X	DESPLAZAMIENTO: X	POSICIONAMIENTO:		
	SUSPENSIÓN:	RESTRICCION:			

ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro (ATS), se diligenció y divulgó	✓	
Han diligenciado los check list correspondientes	✓	
Todos conocen los riesgos y sus controles	✓	
El área de ejecución de la labor se encuentra limpia, ordenada y es óptima para la ejecución de la tarea.	✓	

ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO
Se inspeccionaron los EPP, el SPOC y de acceso		
Se verificó y organizó el área de trabajo		
El área de trabajo está señalizada y demarcada		
¿Se verifica que los soldemas de acero cumplan con la distancia mínima de separación de 1.2 metros de circuitos eléctricos energizados?		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS A UTILIZAR	SI	NO
Arnes de Seguridad (Certificado)	✓	
Eslinga	✓	
Dispositivo Anticaidas Retractil		✓
Absorbedor de Energía		
Elementos de Amarre (Tie Off)	✓	
Linea de Rescate	✓	
Freno de cable/freno de cuerda		
Puntos de Anclaje Resistentes		

EPP INSPECCIONADOS	SI	NO
Casco con barbuquejo	✓	
Gafas de Seguridad	✓	
Protector Auditivo	✓	
Guantes de Seguridad	✓	
Proteccion Respiratoria	✓	
Botas de Seguridad	✓	
Overol de Trabajo	✓	

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO
Uso de señalizacion	✓	
Uso de demarcación	✓	
Control de acceso	✓	
Vigia Ocupacional	✓	
otros	✓	
Cuales?		

SISTEMAS DE ACCESO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
Uso de Andamios		✓
Uso de Plataformas		✓
Uso de Brazo Hidraulico		
Uso de Escaleras Tipo Avión		✓
Uso de Escalera de Extensión	✓	
Uso de Escalera tipo Tijera	✓	
Uso de Escalera Tipo Gato		✓
Mallas de Seguridad		✓
Otros:		

INTRUCCIONES DE TRABAJO PARA QUE EL PERMISO SEA VÁLIDO
Usar permanentemente el arnes anclado a 2 puntos fijos de la estructura
No sujetarse de ninguna tuberia o estructura
Mantener señalizada el area de trabajo
No trabajar fuera del radio de alcance
Siempre debe permanecer un vigia competente a nivel del piso
Realizar inspeccion del equipo en alturas antes y despues de realizar trabajos en alturas
Uso permanente de los EPP requeridos
Inspeccionar siempre el área antes y despues de realizar el trabajo de alturas
Comunicar cualquier condición o acto inseguro a la persona encargada de SST (HSE/SISO)

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD ANTES DE SOLICITAR LA AUTORIZACION DEL PERMISO DE TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	El personal se encuentra fisica y psicologicamente en buen estado para realizar esta actividad de alto riesgo.	Ha consumido medicamentos en las ultimas 24 horas?	Ha estado expuesto a ruido, vibraciones, radiaciones, sustancias, gases, vapores, humos metalicos, polvos organicos o inorganicos?	Ha consumido alcohol o sustancias psicoactivas en las ultimas 24 horas?	Sufre de epilepsia, mareos, vertigos.	El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea	Las personas que realizaran la actividad cuentan con la preparación y aptitudes para ello	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Rional Rodriguez	1016059911	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI						Rional	Rodriguez
Jhoan Alexander Andrade	1012463909	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI						Jhoan	Jhoan

VERSIÓN: 007

ELABORÓ: RES. SST

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

PERSONAS QUE REALIZARÁN EL TRABAJO

Certifico que estoy enterado del trabajo a realizar, los equipos a utilizar y los elementos y normas de seguridad que debo tener en cuenta para ejecutar la tarea

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	CARGO	CERT. EPS	ARL	SEG. SOCIAL	EXAMENES CON ANTECEDENTES ANCLAJES	ESTADO DE SALUD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Yhoreel Rodriguez	1016059911	CC	Ayudante	SI	SI	SI	SI	SI	Yhoreel	Yhoreel	Yhoreel	Yhoreel	Yhoreel		
Jhoan Andrade	1012483909	CC	Montador	SI	SI	SI	SI	SI	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan		

CIERRE DIARIO

NOMBRE: Johanna Martinez CARGO: SST CEDULA: 1069739376

FIRMA CIERRE DIARIO: Kurtz | Kurtz | Kurtz | Kurtz | Kurtz

CANCELACION DEL PERMISO

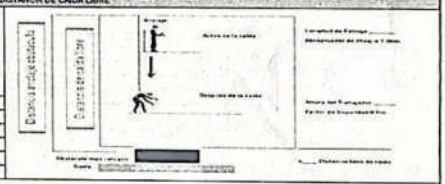
El incumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso, tendrá como consecuencia la suspensión inmediata de la labor y el retiro del trabajador del área de trabajo

Este permiso ha sido cancelado por incumplimiento a las Normas de Seguridad: ☐

Firma:

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

Variables	Valores
A. Altura trabajador (promedio)	1.8
B. Distancia de Caida (Longitud de la Eslinga)	1.8
C. Amortiguador de choque (max 1.07 mts)	1.07
D. Factor de Seguridad	0.60
E. Elevación que corte el arnés durante la caida	0.30
F= Distancia Total de Caida Libre	5.57

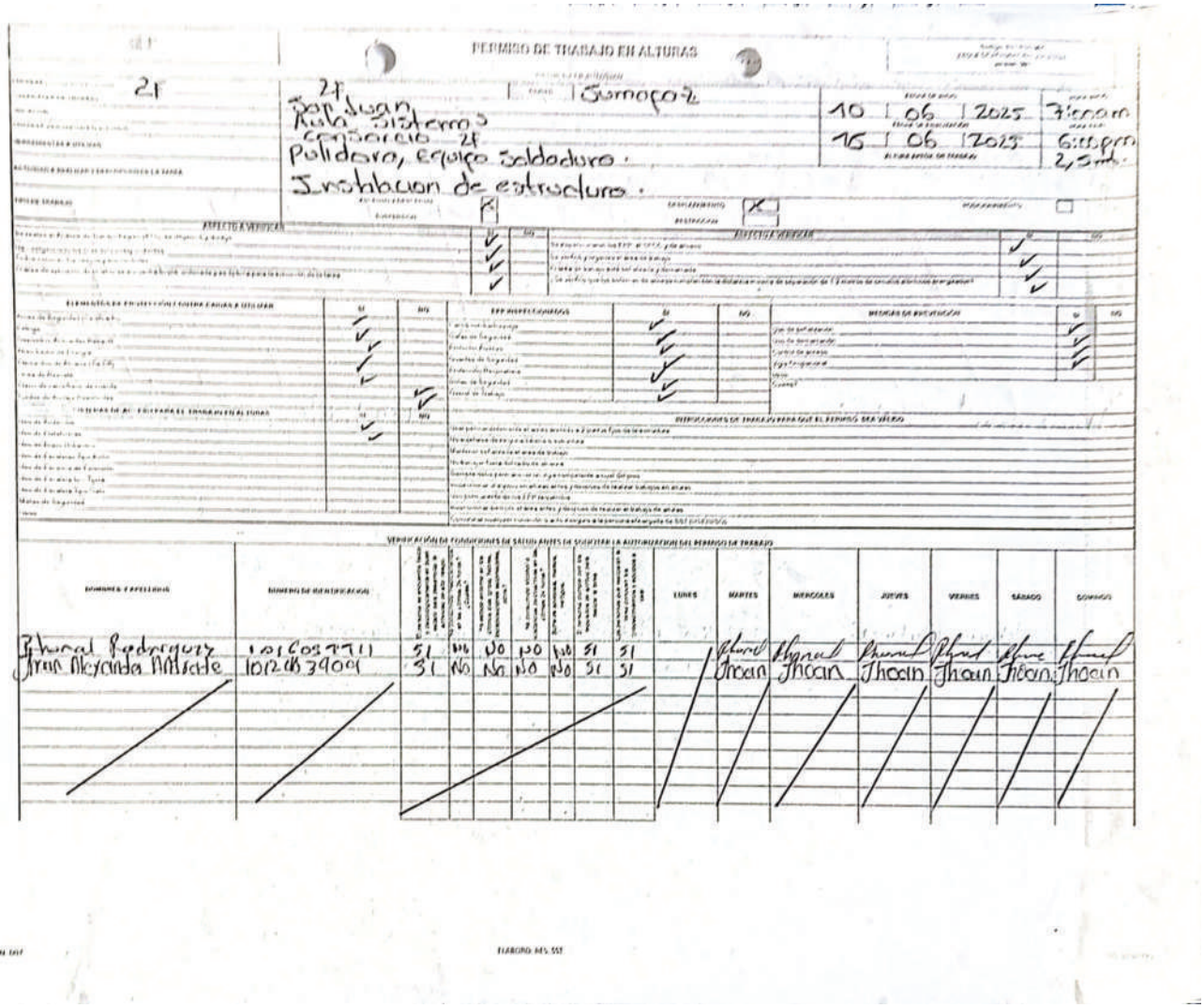


OBSERVACIONES:

COORDINADOR EN ALTURAS	PERSONA DE SST, AYUDANTE DE SEGURIDAD O VIGIA	RESPONSABLE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIAS	RESPONSABLE CONTRATISTA
NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez	NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS
CARGO: Inspectora SST.	CARGO: Inspectora SST.	CARGO: SST	CARGO
FIRMA: Kurtz.	FIRMA: Kurtz.	FIRMA: Kurtz.	FIRMA
CC: 1069739376	CC: 1069739376	CC: 1069739376.	CC

MANTENGA ESTE PERMISO EN UN LUGAR VISIBLE DEL ÁREA DE TRABAJO EN LA QUE DESARROLLA LA OPERACIÓN, EN CASO DE LLUVIA SUSPENDER LA LABOR

Powered by CamScanner



PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

21

21
Jefe Juan
Auto sistemas
comercio 21
Pulidora, Equipo soldadura.
Instalacion de estructura.

Guinoco 2

10 | 06 | 2023 7:00am
15 | 06 | 2023 6:00pm
2,5 m.

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION							LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhoral Rodriguez	1012608771	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan
Jhon Alexander Arbelaez	1012613900	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI						

VERSIÓN 001 ELABORO: HES SST

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

FECHA DE APROBACIÓN: 23/12/2024

PERSONAS QUE REALIZARÁN EL TRABAJO

Certifico que estoy enterado del trabajo a realizar, los equipos a utilizar y los elementos y normas de seguridad que debo tener en cuenta para ejecutar la tarea.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	CARGO	CERT. TSA	EMO	AFIL. SOCIAL	ANCLAJES LOS PUNTOS DE ANCLAJE?	BUEN ESTADO DE SALUD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Yhonel Rodriguez	1012039911	cc	Montador	SI	SI	SI	SI	SI		Yhonel	Yhonel	Yhonel	Yhonel	Yhonel	Yhonel
Jhoan Andrade	1072463909	cc	Montador	Si	Si	Si	Si	Si		Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan

CIERRE DIARIO

NOMBRES: Johanna Martinez CARGO: sst CEDULA: 1069739376

FIRMA CIERRE DIARIO

Kuttz | Kuttz | Kuttz | Kuttz | Kuttz | Kuttz

CANCELACION DEL PERMISO

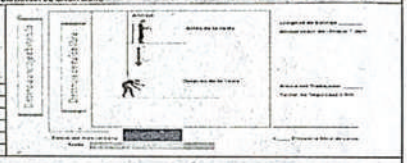
El incumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso, tendrá como consecuencia la suspensión inmediata de la labor y el retiro del trabajador del área de trabajo

Este permiso ha sido cancelado por incumplimiento a las Normas de Seguridad

Firma

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

Variables	Valores
A. Altura trabajador (promedio)	1.9
B. Longitud de Cuerda (Longitud de el Arnes)	1.8
C. Altura Nivel de Anclaje (Piso Y Si Aplica)	1.07
D. Factor de Seguridad	0.93
E. Espacio que corre el arnes durante la caida	0.70
F= Distancia Total de Caida Libre	5.57



OBSERVACIONES

ESCANADOR EN ALTURAS	PERSONA DE SST, AYUDANTE DE SEGURIDAD O VIGIA	RESPONSABLE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIAS	RESPONSABLE CONTRATISTA
NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez	NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez	NOMBRES Y APELLIDOS: Johanna Martinez.	NOMBRES Y APELLIDOS
CARGO: SST	CARGO: SST	CARGO: SST	CARGO
FIRMA: Kuttz.	FIRMA: Kuttz.	FIRMA: Kuttz.	FIRMA
CC: 1069739376	CC: 1069739376	CC: 1069739376.	CC

MANTENGA ESTE PERMISO EN UN LUGAR VISIBLE DEL AREA DE TRABAJO EN LA QUE DESARROLLA LA OPERACION,
EN CASO DE LLUVIA SUSPENDER LA LABOR

VERSION: 007

ELABORO: RES. SST

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

VERSION: 007

	ZF Sede San Juan	CIUDAD: Sumaco.	FECHA DE INICIO: 19 / 05 / 2025 — HORA INICIO: 8:00am
AREA DE TRABAJO	Vivienda Docente.		FECHA DE FINALIZACIÓN: 23 / 05 / 2025 — HORA FINAL: 5:00pm
	Consorcio ZF		ALTURA APROX. DE TRABAJO: 2.5mt.
HERRAMENTAS A UTILIZAR	Pulidora, Equipo Soldadura electrica		
ACTIVIDAD A REALIZAR Y DESCRIPCION DE LA TAREA	Instalacion Estructura para cobierta Vivienda docente.		
TIPO DE TRABAJO	ASCENSO Y DESCENSO: X — DESPLAZAMIENTO: X — POSICIONAMIENTO: X		
	SUSPENSION: — RESTRICCION: —		

ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO	ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO
Se realizó el Analisis de Trabajo Seguro (ATS), se diligenció y divulgó	✓		Se inspeccionaron los EPP, el SPCC y de acceso	✓	
Han deligenciado los chek list correspondientes	✓		Se verificó y organizo el área de trabajo	✓	
Todos conocen los riesgos y sus controles	✓		El área de trabajo está señalizada y demarcada	✓	
El área de ejecución de la labor se encuentra limpia, ordenada y es óptima para la ejecución de la tarea.	✓		¿Se verifico que los sistemas de acceso cumplan con la distancia mínima de separación de 1.2 metros de circuitos eléctricos energizados?	✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS A UTILIZAR	SI	NO	EPP INSPECCIONADOS	SI	NO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO
Arnes de Seguridad (Certificado)	✓		Casco con barbuquejo	✓		Uso de señalización	✓	
Eslinga	✓		Gafas de Seguridad	✓		Uso de demarcación	✓	
Dispositivo Anticaidas Retractil		✓	Protector Auditivo	✓		Control de acceso	✓	
Absorbedor de Energia	✓		Guantes de Seguridad	✓		Vigia Ocupacional	✓	
Elementos de Amarre (Tie Off)	✓		Proteccion Respiratoria	✓		otros		
Linea de Rescate	✓		Botas de Seguridad	✓		Cuales?		
Freno de cable/freno de cuerda		✓	Overol de Trabajo	✓				
Puntos de Anclaje Resistentes		✓						

SISTEMAS DE ACCESO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
Uso de Andamios	✓	
Uso de Plataformas	✓	
Uso de Brazo Hidraulico		✓
Uso de Escaleras Tipo Avión	✓	
Uso de Escalera de Extension		✓
Uso de Escalera tipo Tijera	✓	
Uso de Escalera Tipo Gato		✓
Mallas de Seguridad		✓
Otros		

INTRUCCIONES DE TRABAJO PARA QUE EL PERMISO SEA VÁLIDO

- Usar permanentemente el arnes anclado a 2 puntos fijos de la estructura
- No suertarse de ninguna tuberia o estructura
- Mantener señalizada el area de trabajo
- No trabajar fuera del radio de alcance
- Siempre debe permanecer un vigia competente a nivel del piso
- Inspeccionar el equipo en alturas antes y despues de realizar trabajos en alturas
- Uso permanente de los EPP requeridos
- Inspeccionar siempre el área antes y despues de realizar el trabajo de alturas
- Comunicar cualquier condicion o acto inseguro a la persona encargada de SST (HSE/SGI)

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD ANTES DE SOLICITAR LA AUTORIZACION DEL PERMISO DE TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	El personal se encuentra físicamente y estado nos para desarrollar la actividad de alto riesgo.	Ha estado enfermo en los últimos días? ¿cual?	Ha estado enfermo en los últimos días? ¿enfermedad, accidente, otro?	Ha consumido alcohol o sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas?	Sufre de epilepsia, mareos, vertigos.	El personal cumple con los requisitos de salud para realizar el trabajo	Se verifico que realizaron la toma cruzada los procedimientos más y menos	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Rhonal Rodriguez	1016057711	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	Rhonal	Rhonal	Rhonal	Rhonal	Rhonal		
Jhoan Alexander Andrade	1012463909	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan	Jhoan		

VERSIÓN: 007 — ELABORO: RES. SST

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Codigo: SST-FOS-001
FECHA DE APROBACION: 23/12/2024
versión: 001

PERSONAS QUE REALIZARÁN EL TRABAJO

rtifico que estoy enterado del trabajo a realizar, los equipos a utilizar y los elementos y normas de seguridad que debo tener en cuenta para ejecutar la tarea.

MBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	CARGO	CERT. TSA	EMO	SEG. SOCIAL	¿VERIFICO LOS PUNTOS DE ANCLAJE?	SU ESTADO DE SALUD BUENO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Juan Andrade	cc	1012963909	Montador	Si	Si	Si	NA	Si			Juan	Juan	Juan		
Brand Rodriguez	cc	1016059911	Montador	Si	Si	Si	NA	Si							
Jairo [illegible]	cc	1096237242	Instalador										Jairo		
Rodrigo R	cc	1007123349	instalador										Rodrigo		

IRE DIARIO
ABRES Oliver Luis CARGO SST CEDULA 40943298

FIRMA CIERRE DIARIO

CANCELACION DEL PERMISO

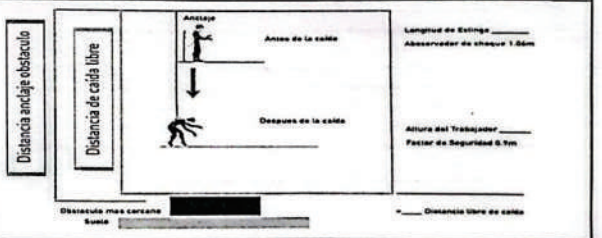
ncumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso, tendra como consecuencia la suspensión ediata de la labor y el retiro del trabajor del area de trabajo

s permiso ha sido cancelado incumplimiento a las rmas de Seguridad

Firma

CALCULO DE DISTANCIA DE CAÍDA LIBRE

Variables	Valores
A: Altura trabajador (promedio)	1,8
B. Distancia de Caída (Longitud de la Eslinga)	1,8
C. Absorbedor de choque (max 1.07 mts)	1,07
D. Factor de Seguridad	0,60
E. Espacio que cede el arnés durante la caída	0,30
F= Distancia Total de Caída Libre	5,57



OBSERVACIONES:

COORDINADOR EN ALTURAS	PERSONA DE SST, AYUDANTE DE SEGURIDAD Ó VIGIA	RESPONSABLE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIAS	RESPONSABLE CONTRATISTA
NOMBRES Y APELLIDOS Oliver Luis	NOMBRES Y APELLIDOS Oliver Luis	NOMBRES Y APELLIDOS Oliver Luis	NOMBRES Y APELLIDOS Ivan Quintero
CARGO SST	CARGO SST	CARGO SST	CARGO Residente Obra
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
40943298	CC 40943298	CC 40943298	CC 1.018.467.418

MANTENGA ESTE PERMISO EN UN LUGAR VISIBLE DEL ÁREA DE TRABAJO EN LA QUE DESARROLLA LA OPERACIÓN,
EN CASO DE LLUVIA SUSPENDER LA LABOR

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código: SST-FOR-051
FECHA DE APROBACION: 23/12/2024
versión: 001

DATOS DE LA ACTIVIDAD

EMPRESA (Donde se realizará la actividad)	Z F	CIUDAD	Sunca Boy	FECHA DE INICIO	HORA INICIO
LUGAR/AREA DE TRABAJO	Segy tabaco			03 06 2025	7:00 am
UBICACIÓN	Bloque			FECHA DE FINALIZACIÓN	HORA FINAL
EMPRESA (Que realizará la actividad)	construcción Z F			07 06 2025	5:00 PM
HERRAMENTAS A UTILIZAR	pulidora, taladro, Equipo de soldar			ALTURA MAXIMA DE TRABAJO	
ACTIVIDAD A REALIZAR Y DESCRIPCION DE LA TAREA	instalación de estructura metalica				
TIPO DE TRABAJO	ASCENSO Y DESCENSO ☑	DESPLAZAMIENTO ☑	POSICIONAMIENTO ☐		
	SUSPENSIÓN ☐	RESTRICCION ☐			

ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO	ASPECTO A VERIFICAR	SI	NO
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro (ATS), se diligenció y divulgó	✓		Se inspeccionaron los EPP, el SPCC y de acceso	✓	
Han diligenciado los chek list correspondientes	✓		Se verificó y organizo el área de trabajo	✓	
Todos conocen los riesgos y sus controles	✓		El área de trabajo está señalizada y demarcada	✓	
El área de ejecución de la labor se encuentra limpia, ordenada y es óptima para la ejecución de la tarea.	✓		¿Se verifico que los sistemas de acceso cumplan con la distancia mínima de separación de 1.2 metros de circuitos eléctricos energizados?	✓	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS A UTILIZAR	SI	NO	EPP INSPECCIONADOS	SI	NO	MEDIDAS DE PREVENCIÓN	SI	NO
Arnes de Seguridad (Certificado)	✓		Casco con barbuquejo	✓		Uso de señalización	✓	
Eslinga	✓		Gafas de Seguridad	✓		Uso de demarcación	✓	
Dispositivo Anticaidas Retractil	✓		Protector Auditivo	✓		Control de acceso	✓	
Absorbedor de Energía	✓		Guantes de Seguridad	✓		Vigia Ocupacional	✓	
Elementos de Amarre (Tie Off)	✓		Protección Respiratoria	✓		otros:	✓	
Líneas de Rescate	✓		Botas de Seguridad	✓		Cuales?		
Freno de cable/freno de cuerda	✓		Overol de Trabajo	✓				
Puntos de Anclaje Resistentes	✓							

SISTEMAS DE ACCESO PARA EL TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO	INTRUCCIONES DE TRABAJO PARA QUE EL PERMISO SEA VÁLIDO
Uso de Andamios	✓		Usar permanentemente el arnes anclado a 2 puntos fijos de la estructura
Uso de Plataformas	✓		No sujetarse de ninguna tubería o estructura
Uso de Brazo Hidraúlico	✓		Mantener señalizada el area de trabajo
Uso de Escaleras Tipo Avión	✓		No trabajar fuera del radio de alcance
Uso de Escalera de Extensión	✓		Siempre debe permanecer un vigia competente a nivel del piso
Uso de Escalera tipo Tijera	✓		Inspeccionar el equipo en alturas antes y despúes de realizar trabajos en alturas
Uso de Escalera Tipo Gato	✓		Uso permanente de los EPP requeridos
Eslalas de Seguridad	✓		Inspeccionar siempre el área antes y despues de realizar el trabajo de alturas
Otros:			Comunicar cualquier condición o acto inseguro a la persona encargada de SST (HSE/SISO)

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD ANTES DE SOLICITAR LA AUTORIZACION DEL PERMISO DE TRABAJO

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	El personal se encuentra física y psicológicamente en buen estado para desarrollar la actividad de alto riesgo.	HA CONSUMIDO MEDICAMENTOS en las últimas 24 horas? ¿Cuales?.	Ha estado enfermo en los últimos días (gripa, fiebres, indisposiciones estomacales, otros?	Ha consumido alcohol o sustancias psicoactivas en las últimas 24 horas?	Sufre de epilepsia, mareos, vértigos.	El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea	Las personas que realizarán la tarea conocen los procedimientos y equipos a usar	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhoan Alexander Andrade	1.012.463.909	Si	NO	NO	NO	NO	Si	Si		Jhoan	Jhoan	Jhoan			
Rhonal Rodriguez	1016059911	Si	NO	NO	NO	NO	Si	Si		Rhonal	Rhonal	Rhonal			

Powered by CamScanner

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Codigo: SST.FOS-001
FECHA DE APROBACION: 23/12/2024
versión: 001

PERSONAS QUE REALIZARÁN EL TRABAJO

Certifico que estoy enterado del trabajo a realizar, los equipos a utilizar y los elementos y normas de seguridad que debo tener en cuenta para ejecutar la tarea.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	CARGO	CERT. TSA	EMO	SEG. SOCIAL	¿VERIFICO LOS PUNTOS DE ANCLAJE?	SU ESTADO DE SALUD BUENO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhoan Andrade	CC	1012463909	Montador	Si	Si	Si	NO	Si		Jhoan	Jhoan	Jhoan			
Jhonel Rodriguez	CC	1016059911	Montador	Si	Si	Si	NO	Si		Jhoan	Jhoan	Jhoan			

CIERRE DIARIO
NOMBRE: Diva Pues CARGO SST CEDULA 40943298

FIRMA CIERRE DIARIO

CANCELACION DEL PERMISO

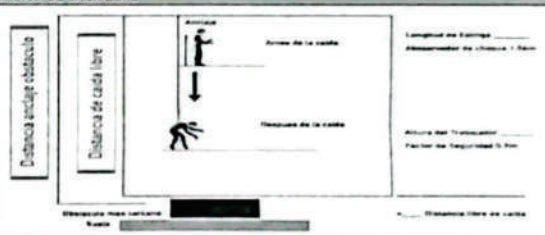
El incumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores involucrados en el presente permiso, tendra como consecuencia la suspensión inmediata de la labor y el retiro del trabajador del area de trabajo

Este permiso ha sido cancelado por incumplimiento a las Normas de Seguridad

Firma

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

Variables	Valores
A: Altura trabajador (promedio)	1.8
B: Distancia de Caida (Longitud de la Eslinga)	1.8
C: Absorbedor de choque (max 1.07 mts)	1.07
D: Factor de Seguridad	0.60
E: Espacio que cede el arnés durante la caida	0.30
F= Distancia Total de Caida Libre	5.57



OBSERVACIONES:

COORDINADOR EN ALTURAS	PERSONA DE SST, AYUDANTE DE SEGURIDAD O VIGIA	RESPONSABLE ACTIVAR PLAN DE EMERGENCIAS	RESPONSABLE CONTRATISTA
NOMBRES Y APELLIDOS: Diva Pues	NOMBRES Y APELLIDOS: Diva Pues	NOMBRES Y APELLIDOS: Diva Pues	NOMBRES Y APELLIDOS: Ivan Ospina S.
CARGO: SST	CARGO: SST	CARGO: SST	CARGO: Residente Obra
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
CC 40943298	CC 40943298	CC 40943298	CC 1018441713

MANTENGA ESTE PERMISO EN UN LUGAR VISIBLE DEL ÁREA DE TRABAJO EN LA QUE DESARROLLA LA OPERACIÓN,
EN CASO DE LLUVIA SUSPENDER LA LABOR

Powered by CamScanner

NIT. 901891370-0	**INFORME MENSUAL 5**

ANEXO 12. COPASST.

SG-SST **ACTA REUNIÓN ORDINARIA COPASST**		**CODIGO: SST-ACA-004** **VERSION: 002**

Fecha:	12 / 06/ 2025	**Hora:**	16:00
Objetivo o título de la reunión:	Funciones del COPASST		

Nombre	**Cargo**	**Asistió**	
		Sí	**No**
ASISTENTES			
Iván Darío Umaña Santiago	Presidente (empleador)	x	
Hernando González Alarcón	Presidente (trabajadores)	x	
Auris Estela Guillen Hernández	Suplente (empleador		
Joham Andres Baquero Fonseca	Suplente (trabajadores)	2	
Invitados			
Johanna Katherine Martínez Varela Milena Salazar Dina Ruiz Quesada	Inspector SST Dir. HSEQ Coordinadora SST	X X X	

Desarrollo de la reunión

Acta de reunión: N° 1

Se realiza la primera reunión desde que se formalizó la conformación del COPASST, con el fin de socializar las funciones y dar a conocer los medios de comunicación.

Se crea correo para comunicación en representación del COPASST **Consorcio ZF**

FUNCIONES DEL COMITÉ: Las funciones del comité son:

1. Participar en las capacitaciones para dar cumplimiento a sus funciones.
2. Realizar Inspecciones de Seguridad a las diferentes áreas de trabajo y proponer a la organización la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que contribuyan a mantener la seguridad y salud en los lugares y ambientes de trabajo.
3. Proponer actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo y participar en su desarrollo y participar en la revisión del programa de Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo mínimo una (1) vez al año.
4. Colaborar con las entidades gubernamentales que realizan inspección y vigilancia al Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, suministrando la información solicitada.

5. Vigilar el desarrollo de las actividades que en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo se adelante la organización, promoviendo su divulgación y participación.
6. Participar en el comité Investigador de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales y proponer a la organización las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia,
7. Estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores de la organización, en materia de seguridad y salud en el trabajo.
8. Servir como organismo de coordinación entre la organización y los trabajadores en la solución de los problemas relativos a la seguridad y salud en el trabajo y tramitar los reclamos relacionados.
9. Solicitar periódicamente al Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, informes sobre accidentalidad y enfermedades Laborales.
10. Elegir al secretario del comité.
11. Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen, el cual estará en cualquier momento a disposición de la organización, trabajadores y las autoridades competentes.
12. Conocer la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y los resultados de la revisión de la Alta Dirección del Sistema de Gestión SST.
13. Conocer los resultados de las evaluaciones de los ambientes de trabajo y emitir las recomendaciones a que haya lugar.
14. Apoyar las actividades de Gestión del Cambio.
15. Apoyar la planificación de la Auditoria anual de cumplimiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. SG-SST.
16. Las demás funciones que le sean señaladas por las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ: Son Funciones del presidente del comité.

1. Presidir y orientar las reuniones en forma dinámica y eficaz.
2. Llevar a cabo los arreglos necesarios para determinar el lugar o sitio de las reuniones.
3. Notificar a los miembros del Comité sobre convocatoria a las reuniones por lo menos una vez al mes.
4. Preparar los temas que van a tratarse en cada reunión.
5. Tramitar ante la organización las recomendaciones aprobadas por el Comité y darle a conocer todas sus actividades.
6. Coordinar todo lo necesario para la buena marcha del comité e informar a los servidores acerca de las actividades del mismo.

SG-SST **ACTA REUNIÓN ORDINARIA COPASST**		**CODIGO: SST-ACA-004** **VERSION: 002**

FUNCIONES DEL SECRETARIO: Son funciones del secretario:

1. Verificar la asistencia de los miembros del comité a las reuniones programadas.
2. Tomar nota de los temas tratados, elaborar el acta de cada reunión y someterla a la discusión y aprobación del comité.
3. Llevar el archivo de actas y actividades desarrolladas por el Comité y suministrar toda la información que requieran la organización, funcionarios y autoridades de control.

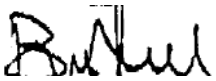
VIGENCIA. La presente acta rige a partir de la fecha de su expedición

Compromisos	**Responsable**	**Fecha**		
		D	**M**	**A**
• **REUNIONES DE TRABAJO.** El comité se reunirá como mínimo una vez al mes y/o extraordinariamente en caso de accidente grave o riesgo inminente.	Copasst	11	07	2025

En constancia firman

Por parte del empleador;	Por parte de los trabajadores;
 _____ Presidente COPASST Iván Darío Umaña Santiago	 _____ Presidente COPASST Hernando González Alarcón

ELABORO: ERIKA GUARIN GUARIN	APROBO:
FIRMA:	FIRMA:
FECHA DE ELABORACIÓN: MAYO 2 DE 2019	FECHA DE APROBACION:

 Suplente del COPASST Auri Estela Guillen Hernández	 Suplente del COPASST Joham Andres Baquero Fonseca

ANEXO 13. CCL.

ANEXO 14. RELACION LABORAL.

CERTIFICO QUE:

Yo Katherine Ríos Portilla, identificada con cedula de ciudadanía número 1.010.196.116 de Bogotá, en mi calidad de representante legal de **CONSORCIO ZF**, con NIT 901.891.370-0, tengo relación comercial con la empresa **INSTALACIONES DE CUBIERTAS Y FACHADAS LOS 3 PILARES S.A.S.,** identificada con NIT 901.613.099-8 con el fin de que realicen las actividades de instalación de cubiertas de cada uno de los edificios de 5 colegios ubicados en la localidad de Sumapaz, nuestra compañía se hace responsable de los trabajadores de la empresa en mención de acuerdo con lo requerido por el consorcio.

Agradezco su valiosa y acostumbrada colaboración.

Cordialmente,



KATHERINE RIOS PORTILLA
C.C. No. 1.010.196.116 de Bogotá
Consorcio ZF
Nit.: 901.891.370-0

CERTIFICO QUE:

Yo Katherine Ríos Portilla, identificada con cedula de ciudadanía número 1.010.196.116 de Bogotá, en mi calidad de representante legal de **CONSORCIO ZF**, con NIT 901.891.370-0, tengo relación comercial con la empresa **HYJ MONTAJES INSDUSTRIALES S.A.S.,** identificada con NIT 901.950.474-1 con el fin de que realicen las actividades de instalación de la estructura metálica de cada uno de los edificios de 5 colegios ubicados en la localidad de Sumapaz, nuestra compañía se hace responsable de los trabajadores de la empresa en mención de acuerdo con lo requerido por el consorcio.

Agradezco su valiosa y acostumbrada colaboración.

Cordialmente,

KATHERINE RIOS PORTILLA
C.C. No. 1.010.196.116 de Bogotá
Consorcio ZF
Nit.: 901.891.370-0

ANEXO 15. REGISTRO FOTOGRAFICO

ACTIVIDADES RELIZADAS EN LOS DIFERENTES FRENTES DE TRABAJO







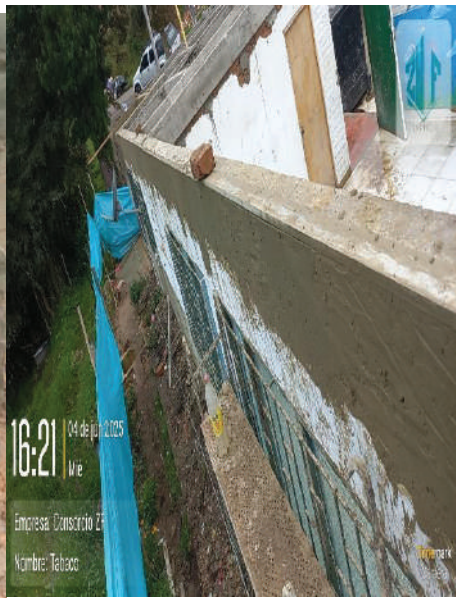












CHARLAS Y JORNADA DE BACUNACION FIEBRE AMARILLA



Orden y aseo

