CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código:	SST-R-PTA
		Fecha:	25/01/2025
		Versión:	1

PROYECTO	REFORZAMIETO ESTRUCTURAL TORRE 17	DESCRIPCION DE TAREA	
CIUDAD	AGUAZUL CASANARE	AMARRE DE ACERO PARA REFORZAMIENTO	
ENCARGADO EJECUTOR	Carlos Beltran.	ESTRUCCTURAL TORRE 17 17 CIUDADELA LA ESPERANZA	
RESPONSABLE SST EJECUTORA	MARTHA FONSECA		
FECHA DE SOLICITUD	24 MAYO 2026		
HORA DE INICIO	7:00 a. m.		
HORA DE FINALIZACION	18:00 PM		

1. INFORMACION DEL PERSONAL A DESARROLLAR LA LABOR

A través de este documento se socializo con el personal los riesgos implícitos en las actividades descritas y con su firma certifica que conoce y entiende las, medidas de control dadas como el compromiso a las medidas de seguridad establecidas por el persona de SST de la Empresa Ejecutora

Numero de Colaborador	Nombre y apellido	Identificación	Cargo	Firma
1	ANYELO GOYENECHE	4153818	OFICIAL	
2	ANDRES FELIPE ALEAN BOTELLO	1116542650	AYUDANTE	Andres A.
3	WILMER EDUARDO HERNANDEZ	1118560448	AYUDANTE	
4	LUIS FERNEY ACHAGUA	74860094	OFICIAL	
5	DIEGO ALEXANDER SANCHEZ	1010091596	AYUDANTE	Diego Sanchez
6				
7				

2. AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el Item 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufre usted de enfermedades mentales ,psiquiátricas o del comportamiento	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del sistema nervioso	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del sistema respiratorio	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del corazón y sistema circulatorio	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades reumatológicas y del sistema osteomuscular	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades oculares o restricción visual	NO	NO	NO	NO	NO					
Toma algún medicamento actualmente	SI	SI	SI	SI	SI					
Ha consumido alimentos en las ultimas 4 horas	SI	SI	SI	SI	SI					
Fuma actualmente	NO	NO	NO	NO	NO					
Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas	NO	NO	NO	NO	NO					
Se encuentra usted bajo el efecto de alguna sustancia alucinógena	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre de vértigo o miedo a las alturas	NO	NO	NO	NO	NO					
Se siente usted en buenas condiciones de salud para la realización de la actividad	SI	SI	SI	SI	SI					
Con la presente Firma manifiesto que las respuestas suministradas por mí, persona son verídicas y es información real a la fecha de hoy — Firmas		Andres			Diego Sanchez					

3. ANALISIS EN SITIO DE LA LABOR Y PREVENCION DE RIESGO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las condiciones ambientales son seguras	X			
Se encuentra delimitada la zona de trabajo y señalizada	X			
El lugar de trabajo es seguro para ejecutar la labor	X			
El personal cuenta con seguridad social vigente	X			
El personal cuenta con los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas acordes a la actividad	X			
Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas antes de iniciar la actividad	X			
Se verifico previamente los puntos de anclaje por cada trabajador	X			
Se realizo charla preoperacional	X			
Se realizo análisis de trabajo seguro y fue divulgado al personal ?	X			
Se cuenta con procedimiento técnico de la actividad y fue divulgado al personal ?	X			
Las tareas se ejecutan bajo la supervisión de las personas Autorizantes de la actividad	X			
NOTA: En caso de lluvia se debe suspender la actividad				

4. ESPECIFICACIONES Y FORMULA

Especificar punto de anclaje y ubicación								Se requiere de Tie Off	SI		NO	X	
Tipo de Trabajo	Restricción		Suspensión		Otro Cual?								
	Posicionamiento	X	Izaje										
Tipo de linea de vida a utilizar	Vertical		Portátil		Fija		Tipo de material	cuerda ponchada certificada 30 mtrs					
	Horizontal	X	Portátil		Fija	X	Tipo de material						
Requerimiento de claridad	Altura de trabajo en metros		Formula	Altura del trabajador en metros			Longitud de Eslinga	(K)Elongación de Absorbedor		(K) Factor de seguridad		Total Requerimiento de claridad	
	12 metros			1.70 MTRS			1.06 METROS	1.07 m		60cm		4.45 MTRS	
De acuerdo con la formula anterior es viable realizar la actividad ?	SI		No	OBSERVACIONES REQUERIMIENTO DE CLARIDAD			LA ACTIVIDAD ES APTA A REALIZARSE						
	X												

5. CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el Item 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las personas que van a realizar la tarea cuentan con certificación nivel avanzado o certificación por competencia laboral en la norma para trabajo en alturas	SI	SI	SI	SI	SI					
Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la labor	SI	SI	SI	SI	SI					

NOTA: Se debe verificar la fecha de vigencia de los certificados ,se debe contar con un Coordinador de Trabajo en alturas Certificado.

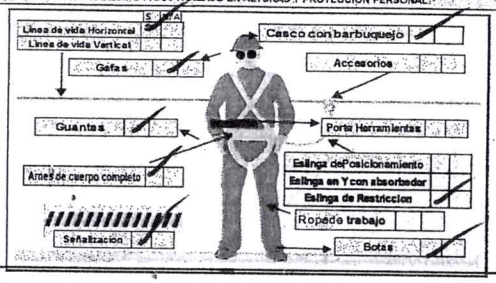
OBSERVACIONES:

6. ANALISIS DE RIESGO

RIESGOS SEGUN GTC 45									MEDIDAS DE CONTROL PROPUESTAS Y EJECUTADAS
FISICOS	X	Ruido	X	Vibraciones		Temperaturas extremas	X		USO DE PROTECTOR AUDITIVO,GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS, HIDRATACION CONSTANTE
		Iluminación	X	Radiaciones					
BIOLOGICOS	X	Bacterias ,Hongos Virus	X	Presencia ofidios		Derivados animales y vegetales			VERIFICACION AREA DE TRABAJO, USO DE GUANTES DE SEGURIDAD Y LAVADO DE MANOS
		Picaduras de insectos	X	Mordeduras					
QUIMICO		Aerosoles y Nieblas		Vapores y Gases		Solventes Combustibles			N/APLICA
		Material particulado		Combustibles		Otros			

PSICOSOCIAL	X	Cultura organizacional		Sobre carga Laboral		Otros		PAUSAS ACTIVAS, TRABAJO EN EQUIPO
		Clima laboral	X	Estrés	X			
BIOMECANICOS	X	Levantamiento de cargas	X	Diseño sitio de trabajo		Posturas y movimientos	X	CAPACITACION MANEJO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS ,
		Transporte de cargas	X	Movimientos Repetitivos	X	Esfuerzos		
MECANICOS	X	Golpes - Machucones	X	Mecanismos en movimiento		Atrapamientos		USO DE GUANTES DE SEGURIDAD,
		Corte por herramientas		Proyección de partículas		Izaje/Traslado de cargas		
ELECTRICOS		Conexiones eléctricas defectuosas		Cables empatados con cinta		Demarcación y señalización		N/APLICA
		Extensiones sin clavija		Señalización y bloqueo		Otros		
LOCATIVO	X	Caída a mismo nivel		Deslizamiento en superficies de transito		Demarcación inadecuada	X	N/APLICA
		Caída a distinto nivel	X	Espacios reducidos		Orden y aseo	X	
NATURALES	X	Tormentas eléctricas	X	Terremotos-Sismo	X	Otros		CAPACITACION EN FENOMENOS NATURALES Y POSIBLE REACCION , CREACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA
		Granizadas-Inundaciones		Deslizamientos de tierra				
AMBIENTAL		Afectación al agua		Afectación al Aire				N/APLICA
		Afectación al suelo		Otros				

7. EQUIPO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PROTECCION PERSONAL



8.HERRAMIENTAS (Nombre las herramientas en uso)

Descripción de la herramienta	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
BICHIROQUE	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

9. SISTEMAS DE ACCESO

Descripción del sistema	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
ANDAMIO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

10. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA APERTURA DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

He verificado con el personal Emisor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma me comprometo a cumplir junto con mi equipo de trabajo todos los controles descritos en este permiso de trabajo, en pro de Eliminar y minimizar los riesgos asociados a este.

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
ANDRES FELIPE ALEAN	AYUDANTE	

EMISOR

He verificado con el personal Ejecutor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma considero seguro proceder con la ejecución de la actividad

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

11. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA CIERRE DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

El trabajo se termino? SI ____ NO ____

El Trabajo Continua ? SI ____ NO ____

El trabajo se Suspendió? SI ____ NO ____

Porque? ____

He verificado con el personal Emisor, las siguientes condiciones y A través de mi Firma doy por Cerrado el presente permiso de Trabajo

Entrego el Área limpia y libre de desechos y materiales

Entrego el Área Señalizada y Delimitada

Los Equipos, Maquinaria y Herramientas Utilizadas para la realización de la actividad se encuentran Bloqueadas, señalizadas, delimitadas y Seguras

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

COMO EMISOR

La realización de Trabajo en Alturas están Consideradas como Trabajos de alto Riesgo, por lo cual el presente permiso de Trabajo tiene una validez únicamente de 12 Horas ,por ello si el trabajo No culmino, se deberá revalidar y firmar un nuevo permiso de Trabajo.

He verificado con el personal Ejecutor las condiciones de Seguridad y a través de mi Firma manifiesto que estas Cumplen para dar Cierre al Permiso de Trabajo

SI ____ NO ____

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código:	SST-R-PTA
		Fecha:	25/01/2025
		Versión:	1

		DESCRIPCION DE TAREA
PROYECTO	REFORZAMIETO ESTRUCTURAL TORRE 17	
CUIDAD	AGUAZUL CASANARE	AMARRE DE ACERO PARA REFORZAMIENTO
ENCARGADO EJECUTOR	Carlos Gaitan	ESTRUCCTURAL TORRE 17 17 CIUDADELA LA ESPERANZA
RESPONSABLE SST EJECUTORA	MARTHA FONSECA	
FECHA DE SOLICITUD	19-MAYO-2026	
HORA DE INICIO	7:00 a. m.	
HORA DE FINALIZACION	18:00 PM	

1. INFORMACION DEL PERSONAL A DESARROLLAR LA LABOR

A través de este documento se socializo con el personal los riesgos implícitos en las actividades descritas y con su firma certifica que conoce y entiende las, medidas de control dadas como el compromiso a los medidas de seguridad establecidas por el persona de SST de la Empresa Ejecutora

Numero de Colaborador	Nombre y apellido	Identificación	Cargo	Firma
1	ANYELO GOYENECHE	4153818	OFICIAL	
2	ANDRES FELIPE ALEAN BOTELLO	1116542650	AYUDANTE	Andres A.
3	WILMER EDUARDO HERNANDEZ	1118560448	AYUDANTE	
4	LUIS FERNEY ACHAGUA	74860094	OFICIAL	
5	DIEGO ALEXANDER SANCHEZ	1010091596	AYUDANTE	Diego S.
6				
7				

2. AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el ítem 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufre usted de enfermedades mentales ,psiquiátricas o del comportamiento	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del sistema nervioso	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del sistema respiratorio	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades del corazón y sistema circulatorio	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades reumatológicas y del sistema osteomuscular	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre usted de enfermedades oculares o restricción visual	NO	NO	NO	NO	NO					
Toma algún medicamento actualmente	NO	NO	NO	NO	NO					
Ha consumido alimentos en las ultimas 4 horas	SI	SI	SI	SI	SI					
Fuma actualmente	NO	NO	NO	NO	NO					
Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas	NO	NO	NO	NO	NO					
Se encuentra usted bajo el efecto de alguna sustancia alucinógena	NO	NO	NO	NO	NO					
Sufre de vértigo o miedo a las alturas	NO	NO	NO	NO	NO					
Se siente usted en buenas condiciones de salud para la realización de la actividad	SI	SI	SI	SI	SI					
Con la presente Firma manifiesto que las respuestas suministradas por mí, persona son verídicas y es información real a la fecha de hoy — Firmas		Andres A.			Diego S.					

3. ANALISIS EN SITIO DE LA LABOR Y PREVENCION DE RIESGO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las condiciones ambientales son seguras				
Se encuentra delimitada la zona de trabajo y señalizada				
El lugar de trabajo es seguro para ejecutar la labor				
El personal cuenta con seguridad social vigente				
El personal cuenta con los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas acordes a la actividad				
Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas antes de iniciar la actividad				
Se verifico previamente los puntos de anclaje por cada trabajador				
Se realizo charla preoperacional				
Se realizo análisis de trabajo seguro y fue divulgado al personal ?				
Se cuenta con procedimiento técnico de la actividad y fue divulgado al personal ?				
Las tareas se ejecutan bajo la supervisión de las personas Autorizantes de la actividad				

NOTA: En caso de lluvia se debe suspender la actividad

4. ESPECIFICACIONES Y FORMULA

Especificar punto de anclaje y ubicación							Se requiere de Tie Off		SI		NO	X	
Tipo de Trabajo	Restricción		Suspensión		Otro Cual?								
	Posicionamiento	X	Izaje										
Tipo de línea de vida a utilizar	Vertical		Portátil		Fija		Tipo de material						
	Horizontal	X	Portátil		Fija	X	Tipo de material	cuerda ponchada certificada 30 mtrs					
Requerimiento de claridad	Altura de trabajo en metros		Formula	Altura del trabajador en metros		Longitud de Eslinga		(K)Elongación de Absorbedor		(K) Factor de seguridad		Total Requerimiento de claridad	
	12 metros			1.70 MTRS	+	1.08 METROS	+	1.07 m	+	60cm	=	4.45 MTRS	
De acuerdo con la formula anterior es viable realizar la actividad ?	SI		No	OBSERVACIONES REQUERIMIENTO DE CLARIDAD				LA ACTIVIDAD ES APTA A REALIZARSE					
	X												

5. CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el ítem 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las personas que van a realizar la tarea cuentan con certificación nivel avanzado o certificación por competencia laboral en la norma para trabajo en alturas	SI	SI	SI	SI	SI					
Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la labor	SI	SI	SI	SI	SI					

NOTA: Se debe verificar la fecha de vigencia de los certificados ,se debe contar con un Coordinador de Trabajo en alturas Certificado.

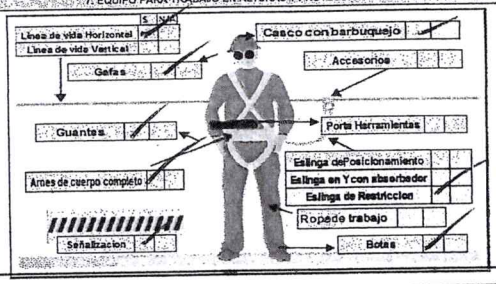
OBSERVACIONES:

6. ANALISIS DE RIESGO

RIESGOS SEGÚN GTC 45									MEDIDAS DE CONTROL PROPUESTAS Y EJECUTADAS
FISICOS	X	Ruido	X	Vibraciones		Temperaturas extremas	X		USO DE PROTECTOR AUDITIVO,GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS, HIDRATACION CONSTANTE
		Iluminación	X	Radiaciones					
BIOLOGICOS	X	Bacterias ,Hongos Virus	X	Presencia ofidios		Derivados animales y vegetales			VERIFICACION AREA DE TRABAJO, USO DE GUANTES DE SEGURIDAD Y LAVADO DE MANOS
		Picaduras de insectos	X	Mordeduras					
QUIMICO		Aerosoles y Nieblas		Vapores y Gases		Solventes Combustibles			N/APLICA
		Material particulado		Combustibles		Otros			

PSICOSOCIAL	X	Cultura organizacional		Sobre carga Laboral		Otros		PAUSAS ACTIVAS, TRABAJO EN EQUIPO
		Clima laboral	X	Estrés	X			
BIOMECANICOS	X	Levantamiento de cargas	X	Diseño sitio de trabajo		Posturas y movimientos	X	CAPACITACION MANEJO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS ,
		Transporte de cargas	X	Movimientos Repetitivos	X	Esfuerzos		
MECANICOS	X	Golpes - Machucones	X	Mecanismos en movimiento		Atrapamientos		USO DE GUANTES DE SEGURIDAD,
		Corte por herramientas		Proyección de partículas		Izaje/Traslado de cargas		
ELECTRICOS		Conexiones eléctricas defectuosas		Cables empatados con cinta		Demarcación y señalización		N/APLICA
		Extensiones sin clavija		Señalización y bloqueo		Otros		
LOCATIVO	X	Caída a mismo nivel		Deslizamiento en superficies de transito		Demarcación inadecuada	X	N/APLICA
		Caída a distinto nivel	X	Espacios reducidos		Orden y aseo	X	
NATURALES	X	Tormentas eléctricas	X	Terremotos-Sismo	X	Otros		CAPACITACION EN FENOMENOS NATURALES Y POSIBLE REACCION , CREACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA
		Granizadas-Inundaciones		Deslizamientos de tierra				
AMBIENTAL		Afectación al agua		Afectación al Aire				N/APLICA
		Afectación al suelo		Otros				

7. EQUIPO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PROTECCION PERSONAL



8.HERRAMIENTAS (Nombre las herramientas en uso)

Descripción de la herramienta	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
BICHIROQUE	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

9. SISTEMAS DE ACCESO

Descripción del sistema	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
ANDAMIO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

10. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA APERTURA DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

He verificado con el personal Emisor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma me comprometo a cumplir junto con mi equipo de trabajo todos los controles descritos en este permiso de trabajo, en pro de Eliminar y minimizar los riesgos asociados a este.

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
ANDRES FELIPE ALEAN	AYUDANTE	

EMISOR

He verificado con el personal Ejecutor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma considero seguro proceder con la ejecución de la actividad

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

11. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA CIERRE DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

El trabajo se termino? SI _____ NO _____

El Trabajo Continua ? SI ___/___ NO _____

El trabajo se Suspendió? SI _____ NO _____

Porque? _____

He verificado con el personal Emisor, las siguientes condiciones y A través de mi Firma doy por Cerrado el presente permiso de Trabajo

Entrego el Área limpia y libre de desechos y materiales

Entrego el Área Señalizada y Delimitada

Los Equipos, Maquinaria y Herramientas Utilizadas para la realización de la actividad se encuentran Bloqueadas, señalizadas, delimitadas y Seguras

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

COMO EMISOR

La realización de Trabajo en Alturas están Consideradas como Trabajos de alto Riesgo, por lo cual el presente permiso de Trabajo tiene una validez únicamente de 12 Horas ,por ello si el trabajo No culmino, se deberá revalidar y firmar un nuevo permiso de Trabajo.

He verificado con el personal Ejecutor las condiciones de Seguridad y a través de mi Firma manifiesto que estas Cumplen para dar Cierre al Permiso de Trabajo

SI ___/___ NO _____

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código:	SST-R-PTA
		Fecha:	25/01/2025
		Versión:	1

PROYECTO	REFORZAMIETO ESTRUCTURAL TORRE 17
CUIDAD	AGUAZUL CASANARE
ENCARGADO EJECUTOR	Carlos Guirter
RESPONSABLE SST EJECUTORA	MARTHA FONSECA
FECHA DE SOLICITUD	20-05-2026
HORA DE INICIO	7:00 a. m.
HORA DE FINALIZACION	16:00 PM

DESCRIPCION DE TAREA

AMARRE DE ACERO PARA REFORZAMIENTO

ESTRUCCTURAL TORRE 17 17 CIUDADELA LA ESPERANZA

1. INFORMACION DEL PERSONAL A DESARROLLAR LA LABOR

A través de éste documento se socializo con el personal los riesgos implícitos en las actividades descritas y con su firma certifica que conoce y entiende las, medidas de control dadas como el compromiso a las medidas de seguridad establecidas por el persona de SST de la Empresa Ejecutora

Numero de Colaborador	Nombre y apellido	Identificación	Cargo	Firma
1	ANYELO GOYENECHE	4153818	OFICIAL	
2	ANDRES FELIPE ALEAN BOTELLO	1116542650	AYUDANTE	
3	WILMER EDUARDO HERNANDEZ	1118560448	AYUDANTE	
4	LUIS FERNEY ACHAGUA	74860094	OFICIAL	
5	DIEGO ALEXANDER SANCHEZ	1010091596	AYUDANTE	
6				
7				

2. AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el Ítem 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufre usted de enfermedades mentales ,psiquiátricas o del comportamiento	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema nervioso	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema respiratorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del corazón y sistema circulatorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades reumatológicas y del sistema osteomuscular	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades oculares o restricción visual	NO	NO	NO	NO						
Toma algún medicamento actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alimentos en las ultimas 4 horas	SI	SI	SI	SI						
Fuma actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas	NO	NO	NO	NO						
Se encuentra usted bajo el efecto de alguna sustancia alucinógena	NO	NO	NO	NO						
Sufre de vértigo o miedo a las alturas	NO	NO	NO	NO						
Se siente usted en buenas condiciones de salud para la realización de la actividad	SI	SI	SI	SI						
Con la presente Firma manifiesto que las respuestas suministradas por mí, persona son verídicas y es información real a la fecha de hoy — Firmas										

3. ANALISIS EN SITIO DE LA LABOR Y PREVENCION DE RIESGO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las condiciones ambientales son seguras	SI			
Se encuenira delimitada la zona de trabajo y señalizada	SI			
El lugar de trabajo es seguro para ejecutar la labor	SI			
El personal cuenta con seguridad social vigente	SI			
El personal cuenta con los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas acordes a la actividad	SI			
Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas antes de iniciar la actividad	SI			
Se verifico previamente los puntos de anclaje por cada trabajador	SI			
Se realizo charla preoperacional	SI			
Se realizo análisis de trabajo seguro y fue divulgado al personal ?	SI			
Se cuenta con procedimiento técnico de la actividad y fue divulgado al personal ?	SI			
Las tareas se ejecutan bajo la supervisión de las personas Autorizantes de la actividad	SI			
NOTA: En caso de lluvia se debe suspender la actividad				

4. ESPECIFICACIONES Y FORMULA

Especificar punto de anclaje y ubicación								Se requiere de Tie Off	SI		NO	X	
Tipo de Trabajo	Restricción		Suspensión		Otro Cual?								
	Posicionamiento	X	Izaje										
Tipo de línea de vida a utilizar	Vertical		Portátil		Fija		Tipo de material						
	Horizontal	X	Portátil		Fija	X	Tipo de material	cuerda ponchada certificada 30 mtrs					
Requerimiento de claridad	Altura de trabajo en metros		Formula	Altura del trabajador en metros		Longitud de Eslinga		(K)Elongación de Absorbedor		(K) Factor de seguridad		Total Requerimiento de claridad	
	12 metros			1.70 MTRS		1.08 METROS		1.07 m		60cm		4.45 MTRS	
De acuerdo con la formula anterior es viable realizar la actividad ?	SI		NO	OBSERVACIONES REQUERIMIENTO DE CLARIDAD LA ACTIVIDAD ES APTA A REALIZARSE									
	X												

5. CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el Ítem 3 (Información del Personal) Escriba (SI) o (NO) Según corresponda									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las personas que van a realizar la tarea cuentan con certificación nivel avanzado o certificación por competencia laboral en la norma para trabajo en alturas	SI	SI	SI	SI						
Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la labor	SI	SI	SI	SI						
NOTA: Se debe verificar la fecha de vigencia de los certificados ,se debe contar con un Coordinador de Trabajo en alturas Certificado.										

OBSERVACIONES:

6. ANALISIS DE RIESGO

RIESGOS SEGÚN GTC 45									MEDIDAS DE CONTROL PROPUESTAS Y EJECUTADAS
FISICOS	X	Ruido	X	Vibraciones		Temperaturas extremas	X		USO DE PROTECTOR AUDITIVO,GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS, HIDRATACION CONSTANTE
		Iluminación	X	Radiaciones					
BIOLOGICOS	X	Bacterias ,Hongos Virus	X	Presencia ofidios		Derivados animales y vegetales			VERIFICACION AREA DE TRABAJO, USO DE GUANTES DE SEGURIDAD Y LAVADO DE MANOS
		Picaduras de insectos	X	Mordeduras					
QUIMICO		Aerosoles y Nieblas		Vapores y Gases		Solventes Combustibles			N/APLICA
		Material particulado		Combustibles		Otros			

PSICOSOCIAL	X	Cultura organizacional		Sobre carga Laboral		Otros		PAUSAS ACTIVAS, TRABAJO EN EQUIPO
		Clima laboral	X	Estrés	X			
BIOMECANICOS	X	Levantamiento de cargas	X	Diseño sitio de trabajo		Posturas y movimientos	X	CAPACITACION MANEJO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS ,
		Transporte de cargas	X	Movimientos Repetitivos	X	Esfuerzos		
MECANICOS	X	Golpes - Machucones	X	Mecanismos en movimiento		Atrapamientos		USO DE GUANTES DE SEGURIDAD,
		Corte por herramientas		Proyección de partículas		Izaje/Traslado de cargas		
ELECTRICOS		Conexiones eléctricas defectuosas		Cables empatados con cinta		Demarcación y señalización		N/APLICA
		Extensiones sin clavija		Señalización y bloqueo		Otros		
LOCATIVO	X	Caída a mismo nivel		Deslizamiento en superficies de transito		Demarcación inadecuada	X	N/APLICA
		Caída a distinto nivel	X	Espacios reducidos		Orden y aseo	X	
NATURALES	X	Tormentas eléctricas	X	Terremotos-Sismo	X	Otros		CAPACITACION EN FENOMENOS NATURALES Y POSIBLE REACCION , CREACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA
		Granizadas-inundaciones		Deslizamientos de tierra				
AMBIENTAL		Afectación al agua		Afectación al Aire				N/APLICA
		Afectación al suelo		Otros				

7. EQUIPO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PROTECCION PERSONAL



8.HERRAMIENTAS (Nombre las herramientas en uso)

Descripción de la herramienta	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
BICHIROQUE	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

9. SISTEMAS DE ACCESO

Descripción del sistema	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
ANDAMIO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

10. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA APERTURA DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

He verificado con el personal Emisor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma me comprometo a cumplir junto con mi equipo de trabajo todos los controles descritos en este permiso de trabajo, en pro de Eliminar y minimizar los riesgos asociados a este.

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
ANDRES FELIPE ALEAN	AYUDANTE	

EMISOR

He verificado con el personal Ejecutor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma considero seguro proceder con la ejecución de la actividad

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

11. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA CIERRE DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

El trabajo se termino? SI ___ NO ___

El Trabajo Continua ? SI ___ NO ___

El trabajo se Suspendió? SI ___ NO ___

Porque? ___

He verificado con el personal Emisor, las siguientes condiciones y A través de mi Firma doy por Cerrado el presente permiso de Trabajo

Entrego el Área limpia y libre de desechos y materiales

Entrego el Área Señalizada y Delimitada

Los Equipos, Maquinaria y Herramientas Utilizadas para la realización de la actividad se encuentran Bloqueadas, señalizadas, delimitadas y Seguras

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

COMO EMISOR

La realización de Trabajo en Alturas están Consideradas como Trabajos de alto Riesgo, por lo cual el presente permiso de Trabajo tiene una validez únicamente de 12 Horas ,por ello si el trabajo No culmino, se deberá revalidar y firmar un nuevo permiso de Trabajo.

He verificado con el personal Ejecutor las condiciones de Seguridad y a través de mi Firma manifiesto que estas Cumplen para dar Cierre al Permiso de Trabajo

SI ___ NO ___

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Código:	SST-R-PTA
Fecha:	25/01/2025
Versión:	1

PROYECTO	REFORZAMIETO ESTRUCTURAL TORRE 17	DESCRIPCION DE TAREA	
CUIDAD	AGUAZUL CASANARE		
ENCARGADO EJECUTOR	Carlos Gaitan	AMARRE DE ACERO PARA REFORZAMIENTO	
RESPONSABLE SST EJECUTORA	MARTHA FONSECA	ESTRUCCTURAL TORRE 17 17 CIUDADELA LA ESPERANZA	
FECHA DE SOLICITUD	21-05-2026		
HORA DE INICIO	7:00 a. m.		
HORA DE FINALIZACION	18:00 PM		

1. INFORMACION DEL PERSONAL A DESARROLLAR LA LABOR

A través de éste documento se socializo con el personal los riesgos implicitos en las actividades descritas y con su firma certifica que conoce y entiende las, medidas de control dadas como el compromiso a las medidas de seguridad establecidas por el persona de SST de la Empresa Ejecutora

Numero de Colaborador	Nombre y apellido	Identificación	Cargo	Firma
1	ANYELO GOYENECHE	4153818	OFICIAL	
2	ANDRES FELIPE ALEAN BOTELLO	1116542650	AYUDANTE	
3	WILMER EDUARDO HERNANDEZ	1118560448	AYUDANTE	
4	LUIS FERNEY ACHAGUA	74860094	OFICIAL	
5	DIEGO ALEXANDER SANCHEZ	1010091596	AYUDANTE	
6				
7				

2. AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el ítem 3 (Información del Personal)

Escriba (SI) o (NO) Según corresponda

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufre usted de enfermedades mentales ,psiquiátricas o del comportamiento	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema nervioso	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema respiratorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del corazón y sistema circulatorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades reumatológicas y del sistema osteomuscular	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades oculares o restricción visual	NO	NO	NO	NO						
Toma algún medicamento actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alimentos en las ultimas 4 horas	SI	SI	SI	SI						
Fuma actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas	NO	NO	NO	NO						
Se encuentra usted bajo el efecto de alguna sustancia alucinógena	NO	NO	NO	NO						
Sufre de vértigo o miedo a las alturas	NO	NO	NO	NO						
Se siente usted en buenas condiciones de salud para la realización de la actividad	SI	SI	SI	SI						
Con la presente Firma manifiesto que las respuestas suministradas por mí, persona son verídicas y es información real a la fecha de hoy — Firmas		Andres A.								

3. ANALISIS EN SITIO DE LA LABOR Y PREVENCION DE RIESGO

	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las condiciones ambientales son seguras	SI			
Se encuentra delimitada la zona de trabajo y señalizada	SI			
El lugar de trabajo es seguro para ejecutar la labor	SI			
El personal cuenta con seguridad social vigente	SI			
El personal cuenta con los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas acordes a la actividad	SI			
Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas antes de iniciar la actividad	SI			
Se verifico previamente los puntos de anclaje por cada trabajador	SI			
Se realizo charla preoperacional	SI			
Se realizo análisis de trabajo seguro y fue divulgado al personal ?	SI			
Se cuenta con procedimiento técnico de la actividad y fue divulgado al personal ?	SI			
Las tareas se ejecutan bajo la supervisión de las personas Autorizantes de la actividad	SI			
NOTA: En caso de lluvia se debe suspender la actividad				

4. ESPECIFICACIONES Y FORMULA

Especificar punto de anclaje y ubicación							Se requiere de Tie Off	SI		NO	X
Tipo de Trabajo	Restricción		Suspensión		Otro Cual?						
	Posicionamiento	X	Izaje								
Tipo de línea de vida a utilizar	Vertical		Portátil		Fija		Tipo de material				
	Horizontal	X	Portátil		Fija	X	Tipo de material	cuerda ponchada certificada 30 mtrs			
Requerimiento de claridad	Altura de trabajo en metros	Formula	Altura del trabajador en metros		Longitud de Eslinga		(K)Elongación de Absorbedor	(K) Factor de seguridad		Total Requerimiento de claridad	
	12 metros		1.70 MTRS		1.08 METROS		1.07 m	60cm		4.45 MTRS	
De acuerdo con la formula anterior es viable realizar la actividad ?	SI	No	OBSERVACIONES REQUERIMIENTO DE CLARIDAD				LA ACTIVIDAD ES APTA A REALIZARSE				
	X										

5. CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el Ítem 3 (Información del Personal)

Escriba (SI) o (NO) Según corresponda

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las personas que van a realizar la tarea cuentan con certificación nivel avanzado o certificación por competencia laboral en la norma para trabajo en alturas										
Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la labor										

NOTA: Se debe verificar la fecha de vigencia de los certificados ,se debe contar con un Coordinador de Trabajo en alturas Certificado.

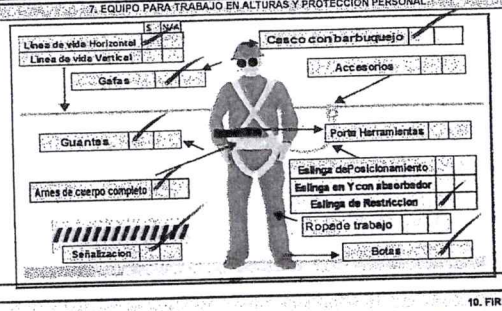
OBSERVACIONES:

6. ANALISIS DE RIESGO

RIESGOS SEGÚN GTC 45								MEDIDAS DE CONTROL PROPUESTAS Y EJECUTADAS
FISICOS	X	Ruido	X	Vibraciones		Temperaturas extremas	X	USO DE PROTECTOR AUDITIVO,GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS, HIDRATACION CONSTANTE
		Iluminación	X	Radiaciones				
BIOLOGICOS	X	Bacterias ,Hongos Virus	X	Presencia ofidios		Derivados animales y vegetales		VERIFICACION AREA DE TRABAJO, USO DE GUANTES DE SEGURIDAD Y LAVADO DE MANOS
		Picaduras de insectos	X	Mordeduras				
QUIMICO		Aerosoles y Nieblas		Vapores y Gases		Solventes Combustibles		N/APLICA
		Material particulado		Combustibles		Otros		

PSICOSOCIAL	X	Cultura organizacional		Sobre carga Laboral		Otros			PAUSAS ACTIVAS, TRABAJO EN EQUIPO
		Clima laboral	X	Estrés	X				
BIOMECANICOS	X	Levantamiento de cargas	X	Diseño sitio de trabajo		Posturas y movimientos	X		CAPACITACION MANEJO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS ,
		Transporte de cargas	X	Movimientos Repetitivos	X	Esfuerzos			
MECANICOS	X	Golpes - Machucones	X	Mecanismos en movimiento		Atrapamientos			USO DE GUANTES DE SEGURIDAD,
		Corte por herramientas		Proyección de partículas		Izaje/Traslado de cargas			
ELECTRICOS		Conexiones eléctricas defectuosas		Cables empatados con cinta		Demarcación y señalización			N/APLICA
		Extensiones sin clavija		Señalización y bloqueo		Otros			
LOCATIVO	X	Caida a mismo nivel		Deslizamiento en superficies de transito		Demarcación inadecuada	X		N/APLICA
		Caida a distinto nivel	X	Espacios reducidos		Orden y aseo	X		
NATURALES	X	Tormentas eléctricas	X	Terremotos-Sismo	X	Otros			CAPACITACION EN FENOMENOS NATURALES Y POSIBLE REACCION , CREACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA
		Granizadas-Inundaciones		Deslizamientos de tierra					
AMBIENTAL		Afectación al agua		Afectación al Aire					N/APLICA
		Afectación al suelo		Otros					

7. EQUIPO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PROTECCION PERSONAL



8.HERRAMIENTAS (Nombre las herramientas en uso)

Descripción de la herramienta	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
BICHIROQUE	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

9. SISTEMAS DE ACCESO

Descripción del sistema	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
ANDAMIO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

10. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA APERTURA DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

He verificado con el personal Emisor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma me comprometo a cumplir junto con mi equipo de trabajo todos los controles descritos en este permiso de trabajo, en pro de Eliminar y minimizar los riesgos asociados a este.

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
ANDRES FELIPE ALEAN	AYUDANTE	

EMISOR

He verificado con el personal Ejecutor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma considero seguro proceder con la ejecución de la actividad

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

11. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA CIERRE DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

El trabajo se termino? SI _____ NO _____

El Trabajo Continua ? SI ___X___ NO _____

El trabajo se Suspendió? SI _____ NO _____

Porque? _____

He verificado con el personal Emisor, las siguientes condiciones y A través de mi Firma doy por Cerrado el presente permiso de Trabajo
Entrego el Área limpia y libre de desechos y materiales
Entrego el Área Señalizada y Delimitada
Los Equipos, Maquinaria y Herramientas Utilizadas para la realización de la actividad se encuentran Bloqueadas, señalizadas, delimitadas y Seguras

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

COMO EMISOR

La realización de Trabajo en Alturas están Consideradas como Trabajos de alto Riesgo, por lo cual el presente permiso de Trabajo tiene una validez únicamente de 12 Horas ,por ello si el trabajo No culmino, se deberá revalidar y firmar un nuevo permiso de Trabajo.

He verificado con el personal Ejecutor las condiciones de Seguridad y a través de mi Firma manifiesto que estas Cumplen para dar Cierre al Permiso de Trabajo

SI ___X___ NO _____

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	Código:	SST-R-PTA
		Fecha:	25/01/2025
		Versión:	1

PROYECTO	REFORZAMIETO ESTRUCTURAL TORRE 17
CUIDAD	AGUAZUL CASANARE
ENCARGADO EJECUTOR	Carlos Grita
RESPONSABLE SST EJECUTORA	MARTHA FONSECA
FECHA DE SOLICITUD	26-05-26
HORA DE INICIO	7:00 a. m.
HORA DE FINALIZACION	18:00 PM

DESCRIPCION DE TAREA

AMARRE DE ACERO PARA REFORZAMIENTO

ESTRUCCTURAL TORRE 17 17 CIUDADELA LA ESPERANZA

1. INFORMACION DEL PERSONAL A DESARROLLAR LA LABOR

A través de este documento se socializo con el personal los riesgos implícitos en las actividades descritas y con su firma certifica que conoce y entiende las, medidas de control dadas como el compromiso a las medidas de seguridad establecidas por el persona de SST de la Empresa Ejecutora

Numero de Colaborador	Nombre y apellido	Identificación	Cargo	Firma
1	ANYELO GOYENECHE	4153818	OFICIAL	
2	ANDRES FELIPE ALEAN BOTELLO	1116542650	AYUDANTE	
3	WILMER EDUARDO HERNANDEZ	1118560448	AYUDANTE	
4	LUIS FERNEY ACHAGUA	74860094	OFICIAL	
5	DIEGO ALEXANDER SANCHEZ	1010091596	AYUDANTE	
6				
7				

2. AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el ítem 3 (Información del Personal)

Escriba (SI) o (NO) Según corresponda

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sufre usted de enfermedades mentales ,psiquiátricas o del comportamiento	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema nervioso	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del sistema respiratorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades del corazón y sistema circulatorio	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades reumatológicas y del sistema osteomuscular	NO	NO	NO	NO						
Sufre usted de enfermedades oculares o restricción visual	NO	NO	NO	NO						
Toma algún medicamento actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alimentos en las ultimas 4 horas	SI	SI	SI	SI						
Fuma actualmente	NO	NO	NO	NO						
Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas	NO	NO	NO	NO						
Se encuentra usted bajo el efecto de alguna sustancia alucinógena	NO	NO	NO	NO						
Sufre de vértigo o miedo a las alturas	NO	NO	NO	NO						
Se siente usted en buenas condiciones de salud para la realización de la actividad	SI	SI	SI	SI						
Con la presente Firma manifiesto que las respuestas suministradas por mí, persona son verídicas y es información real a la fecha de hoy — Firmas										

3. ANALISIS EN SITIO DE LA LABOR Y PREVENCION DE RIESGO

	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las condiciones ambientales son seguras	X			
Se encuentra delimitada la zona de trabajo y señalizada	X			
El lugar de trabajo es seguro para ejecutar la labor	X			
El personal cuenta con seguridad social vigente	X			
El personal cuenta con los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas acordes a la actividad	X			
Se inspeccionaron los equipos de protección contra caídas antes de iniciar la actividad	X			
Se verifico previamente los puntos de anclaje por cada trabajador	X			
Se realizo charla preoperacional	X			
Se realizo análisis de trabajo seguro y fue divulgado al personal ?	X			
Se cuenta con procedimiento técnico de la actividad y fue divulgado al personal ?	X			
Las tareas se ejecutan bajo la supervisión de las personas Autorizantes de la actividad	X			

NOTA: En caso de lluvia se debe suspender la actividad

4. ESPECIFICACIONES Y FORMULA

Especificar punto de anclaje y ubicación								Se requiere de Tie Off	SI		NO X
Tipo de Trabajo	Restricción		Suspensión		Otro Cual?						
	Posicionamiento	X	Izaje								
Tipo de línea de vida a utilizar	Vertical		Portátil		Fija		Tipo de material				
	Horizontal	X	Portátil		Fija	X	Tipo de material	cuerda ponchada certificada 30 mtrs			
Requerimiento de claridad	Altura de trabajo en metros		Formula	Altura del trabajador en metros		Longitud de Eslinga		(K)Elongación de Absorbedor	(K) Factor de seguridad		Total Requerimiento de claridad
	12 metros			1.70 MTRS		1.08 METROS		1.07 m	60cm		4.45 MTRS
De acuerdo con la formula anterior es viable realizar la actividad ?	SI		No	OBSERVACIONES REQUERIMIENTO DE CLARIDAD				LA ACTIVIDAD ES APTA A REALIZARSE			
	X										

5. CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

Cada numero corresponde a un colaborador registrado en el ítem 3 (Información del Personal)

Escriba (SI) o (NO) Según corresponda

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las personas que van a realizar la tarea cuentan con certificación nivel avanzado o certificación por competencia laboral en la norma para trabajo en alturas	SI	SI	SI	SI						
Las personas encargadas de ejecutar la labor han recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la labor	SI	SI	SI	SI						

NOTA: Se debe verificar la fecha de vigencia de los certificados ,se debe contar con un Coordinador de Trabajo en alturas Certificado.

OBSERVACIONES:

6. ANALISIS DE RIESGO

RIESGOS SEGÚN GTC 45									MEDIDAS DE CONTROL PROPUESTAS Y EJECUTADAS
FISICOS	X	Ruido	X	Vibraciones		Temperaturas extremas	X		USO DE PROTECTOR AUDITIVO,GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS, HIDRATACION CONSTANTE
		Iluminación	X	Radiaciones					
BIOLOGICOS	X	Bacterias ,Hongos Virus	X	Presencia ofidios		Derivados animales y vegetales			VERIFICACION AREA DE TRABAJO, USO DE GUANTES DE SEGURIDAD Y LAVADO DE MANOS
		Picaduras de insectos	X	Mordeduras					
QUIMICO		Aerosoles y nieblas		Vapores y Gases		Solventes Combustibles			N/APLICA
		Material particulado		Combustibles		Otros			

PSICOSOCIAL	X	Cultura organizacional		Sobre carga Laboral		Otros		PAUSAS ACTIVAS, TRABAJO EN EQUIPO
		Clima laboral	X	Estrés	X			
BIOMECANICOS	X	Levantamiento de cargas	X	Diseño sitio de trabajo		Posturas y movimientos	X	CAPACITACION MANEJO DE CARGAS, PAUSAS ACTIVAS ,
		Transporte de cargas	X	Movimientos Repetitivos	X	Esfuerzos		
MECANICOS	X	Golpes - Machucones	X	Mecanismos en movimiento		Atrapamientos		USO DE GUANTES DE SEGURIDAD,
		Corte por herramientas		Proyección de partículas		Izaje/Traslado de cargas		
ELECTRICOS		Conexiones eléctricas defectuosas		Cables empatados con cinta		Demarcación y señalización		N/APLICA
		Extensiones sin clavija		Señalización y bloqueo		Otros		
LOCATIVO	X	Caída a mismo nivel		Deslizamiento en superficies de transito		Demarcación inadecuada	X	N/APLICA
		Caída a distinto nivel	X	Espacios reducidos		Orden y aseo	X	
NATURALES	X	Tormentas eléctricas	X	Terremotos-Sismo	X	Otros		CAPACITACION EN FENOMENOS NATURALES Y POSIBLE REACCION , CREACION DE BRIGADAS DE EMERGENCIA
		Granizadas-Inundaciones		Deslizamientos de tierra				
AMBIENTAL		Afectación al agua		Afectación al Aire				N/APLICA
		Afectación al suelo		Otros				

7. EQUIPO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y PROTECCION PERSONAL



8.HERRAMIENTAS (Nombre las herramientas en uso)

Descripción de la herramienta	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
BICHIROQUE	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

9. SISTEMAS DE ACCESO

Descripción del sistema	Cuenta con Preoperacional (SI) (NO)			Cumple (SI) (NO)		
ANDAMIO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A

10. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA APERTURA DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

He verificado con el personal Emisor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma me comprometo a cumplir junto con mi equipo de trabajo todos los controles descritos en este permiso de trabajo, en pro de Eliminar y minimizar los riesgos asociados a este.

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

AYUDANTE DE SEGURIDAD

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
ANDRES FELIPE ALEAN	AYUDANTE	

EMISOR

He verificado con el personal Ejecutor, las condiciones de seguridad y a través de mi firma considero seguro proceder con la ejecución de la actividad

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

11. FIRMAS Y VALIDACIONES PARA CIERRE DEL PERMISO

COMO EJECUTOR

El trabajo se termino? SI _____ NO _____

El Trabajo Continua ? SI _____ NO _____

El trabajo se Suspendió? SI _____ NO _____

Porque? _____

He verificado con el personal Emisor, las siguientes condiciones y A través de mi Firma doy por Cerrado el presente permiso de Trabajo

- Entrego el Área limpia y libre de desechos y materiales
- Entrego el Área Señalizada y Delimitada
- Los Equipos, Maquinaria y Herramientas Utilizadas para la realización de la actividad se encuentran Bloqueadas, señalizadas, delimitadas y Seguras

ENCARGADO /SUPERVISOR

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
CARLOS JULIO GAITAN	MAESTRO GENERAL	

COMO EMISOR

La realización de Trabajo en Alturas están Consideradas como Trabajos de alto Riesgo, por lo cual el presente permiso de Trabajo tiene una validez únicamente de 12 Horas ,por ello si el trabajo No culmino, se deberá revalidar y firmar un nuevo permiso de Trabajo.

He verificado con el personal Ejecutor las condiciones de Seguridad y a través de mi Firma manifiesto que estas Cumplen para dar Cierre al Permiso de Trabajo

SI _____ NO _____

RESPONSABLE SST

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
MARTHA LILIANA FONSECA	PROFESIONAL SST	

ANEXO 2: PÓLIZAS

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
YOPAL	AGENCIA YOPAL	57	57-44-101008677	5

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	05	2026	17	12	2025	00:00	02	08	2029	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CRESSE CONSULTING S.A.S	NIT: 900.842.743-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 12 NRO. 17 A - 09	AGUAZUL, CASANARE	3105540494

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE AGUAZUL	NIT: 891.855.200-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 11 - 35	AGUAZUL, CASANARE	6392323

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES SEGUN CONTRATO DE INTERVENTORIA NUMERO 01024 APROBADO POR LA ENTIDAD EL 04 DE DICIEMBRE DE 2025 CUYO OBJETO ES: INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCION DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE

NOTA EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO OPERA CINCO (5) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE RECIBO FINAL

AMPAROS

RIESGO: INTERVENTORIA

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**17/12/2025**	**31/01/2027**	**$12,252,345.10**	**$12,252,345.10**
BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO	**17/12/2025**	**31/01/2027**	**$61,261,725.50**	**$61,261,725.50**
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	**17/12/2025**	**02/08/2029**	**$6,126,172.55**	**$6,126,172.55**
CALIDAD DEL SERVICIO	**17/12/2025**	**17/12/2030**	**$12,252,345.10**	**$12,252,345.10**

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICA EL VALOR ASEGURADO Y SE PRORROGA LA VIGENCIA SEGUN ADICIONAL N 1 Y PRORROGA N 2 DE FECHA 08 DE MAYO DE 2026
RESUMEN: VR. ADICIONAL $ 25.206.943 Y PRORROGA N 2 IGUAL A DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******34,211.00	$ *******8,000.00	$ *******8,020.00	$ **********50,231.00	$ *******91,892,588.25	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
RISK GROUP AGENCIA DE SEGUROS LTDA	153990	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 NO. 23 - 64 - TELEFONO: 3102010300 - YOPAL

57-44-101008677

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
YOPAL	AGENCIA YOPAL	57	57-40-101003929	5

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	05	2026	17	12	2025	00:00	05	08	2026	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
CRESSE CONSULTING S.A.S	NIT: 900.842.743-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 12 NRO. 17 A - 09	AGUAZUL, CASANARE	3105540494

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE AGUAZUL	NIT: 891.855.200-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 11 - 35	AGUAZUL, CASANARE	6392323

BENEFICIARIO: 891855200 - MUNICIPIO DE AGUAZUL

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO DE INTERVENTORIA NUMERO 01024 APROBADO POR LA ENTIDAD EL 04 DE DICIEMBRE DE 2025 CUYO OBJETO ES: INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCION DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**17/12/2025**	**05/08/2026**	**$350,181,000.00**	**$350,181,000.00**
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**17/12/2025**	**05/08/2026**	**$350,181,000.00**	**$350,181,000.00**
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	**17/12/2025**	**05/08/2026**	**$350,181,000.00**	**$350,181,000.00**

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICA EL VALOR ASEGURADO Y SE PRORROGA LA VIGENCIA SEGUN ADICIONAL N 1 Y PRORROGA N 2 DE FECHA 08 DE MAYO DE 2026
RESUMEN: VR. ADICIONAL $ 25.206.943 Y PRORROGA N 2 IGUAL A DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****187,083.00	$ *******3,000.00	$ ******36,115.00	$ **********226,198.00	$ ******350,181,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
RISK GROUP AGENCIA DE SEGUROS LTDA	153990	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 NO. 23 - 64 - TELEFONO: 3102010300 - YOPAL

57-40-101003929

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
YOPAL	AGENCIA YOPAL	57	57-40-101003929	5

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
11	05	2026	17	12	2025	00:00	05	08	2026	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
CRESSE CONSULTING S.A.S		NIT: 900.842.743-1
DIRECCIÓN: CR 12 NRO. 17 A - 09	CIUDAD: AGUAZUL, CASANARE	TELÉFONO: 3105540494

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO DE AGUAZUL		NIT: 891.855.200-9
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 11 - 35	CIUDAD: AGUAZUL, CASANARE	TELÉFONO: 6392323

BENEFICIARIO: 891855200 - MUNICIPIO DE AGUAZUL

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	17/12/2025	05/08/2026	$350,181,000.00	$350,181,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	17/12/2025	05/08/2026	$350,181,000.00	$350,181,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	17/12/2025	05/08/2026	$350,181,000.00	$350,181,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 7 NO. 23 - 64 - TELEFONO: 3102010300 - YOPAL

57-40-101003929

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Homepage

UTC -5 8:36:45
CONSORCIO REFORZA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio ↔ Menú ↔ Administración de contratos ↔ Ver contrato

1 Información general
2 Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por GONZALO ANDRES MENDEZ LOPEZ 21-05-2026 17:54

Id de la garantía CO1.WRT.19906954

Referencia de la garantía CUMPLIMIENTO_MODIFICATORIA_1

Estado Aceptado

Justificación
- [x] Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- [x] Cumplimiento - Pago de salarios
- [x] Cumplimiento - Estabilidad y calidad de la obra
- [ ] Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- (•) Contrato de seguro
- ( ) Patrimonio autónomo
- ( ) Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS MUNDIAL

Número de póliza NB-100423897

Tomador CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

Beneficiario MUNICIPIO DE AGUAZUL

Justificación	Valor del amparo	Vigencia
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	116.858.660,60 COP	10/01/2027 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Cumplimiento - Pago de salarios	58.429.330,30 COP	10/07/2029 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Cumplimiento - Estabilidad y calidad de la obra	350.575.981,80 COP	10/07/2031 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Cumplimiento Si No

Descripción		Nombre del documento	
Cumplimiento del contrato			
% del valor del contrato	10,000000	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	6/08/2026 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Pago de salarios			
% del valor del contrato	5,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/02/2028 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Estabilidad y calidad de la obra			
% del valor del contrato	30,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	26/02/2031 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual Si No

No. de SMMLV 200

Fecha límite para entrega de garantías: 1/12/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 8 días de tiempo transcurrido *(13/05/2026 9:41:49 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle

CO1.WRT.19907191	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	382.962.097,51 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2026 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19906954	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	525.863.972,70 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2031 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19248061	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	480.850.645,50 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/05/2031 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19247992	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	350.181.000,00 COP	SEGUROS MUNDIAL	11 días de tiempo transcurrido	Caducado	Detalle

DETALLE DE LA GARANTÍA

CO1.WF

1 2 »

Configuració

De

Condiciones

Plazo

Comentarios

Anexos del c

Descripción
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones	Calle 11 No 11-35 Tercer Piso
Ubicación	CO-CAS-85010 - Aguazul
País	COLOMBIA
Departamento	Casanare
Municipio	Aguazul
Dirección	Calle 11 No 11-35 Tercer Piso
Código postal	856010

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul
	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

DETALLE DE LA GARANTÍA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	○ Sí ◉ No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega	
El contrato puede ser prorrogado	○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías?	◉ Sí ○ No			
Garantías por lotes, grupos o etapas	○ Sí ◉ No			
Seriedad de la oferta	◉ Sí ○ No			
	◉ % del presupuesto oficial estimado del Proceso de Contratación o de la oferta	10,00		
Cumplimiento	◉ Sí ○ No			
	☑ Cumplimiento del contrato			
	◉ % del valor del contrato	10,000000	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	6/08/2026 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	☑ Pago de salarios			
	◉ % del valor del contrato	5,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/02/2028 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	☑ Estabilidad y calidad de la obra			
	◉ % del valor del contrato	30,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	○ Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	26/02/2031 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Responsabilidad civil extra contractual	◉ Sí ○ No			
	◉ No. de SMMLV	200		

Fecha límite para entrega de garantías: 1/12/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 8 días de tiempo transcurrido *(13/05/2026 9:41:49 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle

CO1.WRT.19907191	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	382.962.097,51 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19906954	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	525.863.972,70 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2031 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19248061	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Contrato de seguro	480.850.645,50 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/05/2031 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19247992	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	350.181.000,00 COP	SEGUROS MUNDIAL	11 días de tiempo transcurrido *(10/05/2026 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Caducado	Detalle
CO1.WRT.18720007	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	284.700.000,00 COP	SEGUROS MUNDIAL	5/04/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Caducado	Detalle

1 2 »

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago

Plazo de pago de la factura

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 11 No 11-35 Tercer Piso

Ubicación CO-CAS-85010 - Aguazul

País COLOMBIA

Departamento Casanare

Municipio Aguazul

Dirección Calle 11 No 11-35 Tercer Piso

Código postal 856010

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul
2	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

Homepage

UTC -5 8:36:19

CONSORCIO REFORZA...

Buscar...

Escritorio → Menu → Administración de contratos → Ver contrato

Información general

2 Condiciones

Bienes y servicios

Documentos del Proveedor

Documentos del contrato

Información presupuestal

Ejecución del Contrato

Modificaciones del Contrato

Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo No

Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Sentencia T-

Condiciones

Configuración

¿Solicitud garantía

Garantías p lotes, grupos etap

Seriedad de ofer

Cumplimiento

Responsabilidad civil extra contractual

Fecha limite para entrega de garantías:

DETALLE DE LA GARANTÍA

Aprobado por GONZALO ANDRES MENDEZ LOPEZ 21-05-2026 17:54

Id de la garantía CO1.WRT.19907191

Referencia de la garantía RCE_MODIFICATORIA_1

Estado Aceptado

Justificación
- ☐ Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- ☐ Cumplimiento - Pago de salarios
- ☐ Cumplimiento - Estabilidad y calidad de la obra
- ☑ Responsabilidad civil extra contractual

Tipo de garantía
- ◉ Contrato de seguro
- ○ Patrimonio autónomo
- ○ Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS MUNDIAL

Número de póliza NB-1001122749

Tomador CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

Beneficiario TERCEROS AFECTADOS

Justificación	Valor del amparo	Vigencia
Responsabilidad civil extra contractual	382.962.097,51 COP	10/07/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

	Descripción	Nombre del documento		
☐	Poliza_24_NB-100112749 _4_RCE.pdf	Poliza_24_NB-100112749 _4_RCE.pdf	Descargar	Detalle

Cumplimiento Si No

Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato	10,000000	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	6/08/2026 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Pago de salarios

% del valor del contrato	5,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/02/2028 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Estabilidad y calidad de la obra

% del valor del contrato	30,00	Fecha de vigencia (desde)	18/11/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	26/02/2031 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual Si No

No. de SMMLV 200

Fecha limite para entrega de garantías: 1/12/2025 10:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 8 días de tiempo transcurrido *(13/05/2026 9:41:49 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle

CO1.WRT.19907191	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	382.962.097,51 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2026 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19906954	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	525.863.972,70 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/07/2031 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19248061	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	480.850.645,50 COP	SEGUROS MUNDIAL	10/05/2031 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19247992	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	350.181.000,00 COP	SEGUROS MUNDIAL	11 días de tiempo transcurrido	Caducado	Detalle

DETALLE DE LA GARANTÍA

CO1.WF

1 2 »

Configuració

De

Condiciones

Plazo

Comentarios

Anexos del c

Descripción
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones	Calle 11 No 11-35 Tercer Piso
Ubicación	CO-CAS-85010 - Aguazul
País	COLOMBIA
Departamento	Casanare
Municipio	Aguazul
Dirección	Calle 11 No 11-35 Tercer Piso
Código postal	856010

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul
	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DETALLE DE LA GARANTÍA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017	○ Sí ◉ No	Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega	
El contrato puede ser prorrogado	○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías?	◉ Sí ○ No
Garantías por lotes, grupos o	○ Sí ◉ No

34

etapas

Seriedad de la oferta Sí No

% del presupuesto oficial estimado del Proceso de Contratación o de la oferta 10,00

Cumplimiento Sí No

Buen manejo y correcta inversión del anticipo

% del anticipo	100,00	Fecha de vigencia (desde)	25/11/2025 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/09/2026 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato	10,000000	Fecha de vigencia (desde)	25/11/2025 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/09/2026 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Pago de salarios

% del valor del contrato	5,00	Fecha de vigencia (desde)	25/11/2025 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/03/2029 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Calidad del servicio

% del valor del contrato	10,00	Fecha de vigencia (desde)	25/11/2025 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	25/03/2031 3:30:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual Sí No

No. de SMMLV 200

Fecha límite para entrega de garantías: 25/11/2025 10:30:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 1 día de tiempo transcurrido *(19/05/2026 3:09:28 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle

Editar

CO1.WRT.19937263	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	350.181.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	5/08/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19937240	Cumplimiento - Buen manejo y correcta inversión del anticipo ⚠	Contrato de seguro	91.892.588,25 COP	SEGUROS DEL ESTADO	17/12/2030 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.19760177	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	350.181.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	1 día de tiempo transcurrido *(19/05/2026 12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Caducado	Detalle
CO1.WRT.19762713	Cumplimiento - Buen manejo y correcta inversión del anticipo ⚠	Contrato de seguro	72.987.381,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	17/12/2030 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	Detalle
CO1.WRT.18680300	Responsabilidad civil extra contractual	Contrato de seguro	284.700.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	19/04/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Caducado	Detalle

1 2 »

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? Sí No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago

147

Plazo de pago de la factura

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

Descripción

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Calle 11 No 11-35 Tercer Piso

Ubicación CO-CAS-85010 - Aguazul

País COLOMBIA

Departamento Casanare

Municipio Aguazul

Dirección Calle 11 No 11-35 Tercer Piso

Código postal 856010

	Grados (°)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
Cancelar	calle 11 No 11-35	COLOMBIA > Casanare > Aguazul

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ANEXO 3: -SEGURIDAD SOCIAL
-NOMINAS

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

NOMINA CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

NIT: 902017884-0

PERIODO DE PAGO

MES DE MAYO 2026

N°	ID	NOMBRE COMPLETO	CARGO	SALARIO BASICO	DIAS LABORADOS	SUELDO	AUXILIO TRANSPORTE	DEVENGADO	SALUD	PENSION	TOTAL DESCUENTOS	NETO PAGAR	FIRMA
1	9,397,224	FABIO NELSON PEÑA AMEZQUITA	RESIDENTE DE OBRA	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	
2	1,057,572,709	MARTHA LILIANA FONSECA MOLINA	PROFESIONAL HSEQ	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	Martha F.
3	77,016,379	LEIXER ALFONSO RIVERO LONDOÑO	DIRECTOR DE OBRA	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	
4	1,116,551,901	KENNY GERALDINNE SALAMANCA NUÑEZ	PROFESIONAL AMBIENTAL	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	
5	1,116,553,656	MARLON DAVID ZARAMA RIVEROS	APOYO TECNICO	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	
6	1,116,548,416	MARIA ANGELICA TORRES AGUILAR	PSICOLOGA	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 249,095	$ 2,000,000	$ 80,000	$ 80,000	$ 160,000	$ 1,840,000	Maria Angelica
						$ 10,505,430	**$ 1,494,570**	**$ 12,000,000**	**$ 480,000**	**$ 480,000**	**$ 960,000**	**$ 11,040,000**	

ELABORO
RESPONSABLE DE NOMINA

APROBÓ
SANDRO WVALTER CARRILLO TORRES
REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

NOMINA CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025

NIT: 902017884-0

PERIODO DE PAGO

MES DE MAYO 2026

N°	ID	NOMBRE COMPLETO	CARGO	SALARIO BASICO	DIAS LABORADOS	SUELDO	AUXILIO TRANSPORTE	DEVENGADO	SALUD	PENSION	TOTAL DESCUENTOS	NETO PAGAR	FIRMA
1	1,002,740,620	YORMAN JOAQUIN CARDENAS BONILLA	AYUDANTE DE OBRA	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 162,000	$ 1,912,905	$ 76,516.20	$ 76,516	$ 153,032	$ 1,759,873	Yorman Cardenas
2	1,055,314,902	JOAN MANUEL PEREZ CASTRO	AYUDANTE DE OBRA	$ 1,750,905	30	$ 1,750,905	$ 162,000	$ 1,912,905	$ 76,516	$ 76,516	$ 153,032	$ 1,759,873	Johan Perez
						$ 3,501,810	**$ 324,000**	**$ 3,825,810**	**$ 153,032**	**$ 153,032**	**$ 306,065**	**$ 3,519,745**	

ELABORO
RESPONSABLE DE NOMINA

APROBÓ
SANDRO WVALTER CARRILLO TORRES
REPRESENTANTE LEGAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	902017884
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUAZUL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CIUDADELA LA ESPERANZA	TELÉFONO:	6015858
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de proyectos de servicio público,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - PROFESIONAL CIU
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6018655039			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			355598731

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.401.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.401.000	$ 0	$ 1.401.000
SUBTOTALES:										**$ 1.681.200**	**$ 0**	**$ 1.681.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 140.200
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 210.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 210.300	$ 0	$ 0	$ 210.300
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 70.100
SUBTOTALES:													**$ 420.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 420.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 731.400	$ 731.400	$ 0	$ 0	$ 731.400
SUBTOTALES:									**$ 731.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 731.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	6	$ 420.600	$ 0	$ 420.600
SUBTOTALES:			**$ 420.600**	**$ 0**	**$ 420.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1057572709	FONSECA MOLINA MARTHA LILIANA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1116548416	TORRES AGUILAR MARIA ANGELICA	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1116551901	SALAMANCA NUÑEZ KENNY GERALDINNE	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1116553656	ZARAMA RIVEROS MARLON DAVID	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 77016379	RIVERO LONDOÑO LEIXER ALFONSO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 9397224	PEÑA AMEZQUITA FABIO NELSON	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	SCCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.253.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	902017884
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025 CASANARE
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUAZUL	DEPARTAMENTO:	6015858
DIRECCIÓN:	CIUDADELA LA ESPERANZA	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de proyectos de servicio público.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - CIUDADELA I
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6018641143		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			355614393

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 560.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.400	$ 0	$ 560.400
SUBTOTALES:										**$ 560.400**	**$ 0**	**$ 560.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.200	$ 0	$ 0	$ 140.200
SUBTOTALES:													**$ 140.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 140.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 243.800	$ 243.800	$ 0	$ 0	$ 243.800
SUBTOTALES:									**$ 243.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 243.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	2	$ 140.200	$ 0	$ 140.200
SUBTOTALES:			**$ 140.200**	**$ 0**	**$ 140.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																														
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1002740620	CARDENAS BONILLA YORMAN JOAQUIN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1055314902	PEREZ CASTRO JOAN MANUEL	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	2	$ 121.900	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.084.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9657251
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS JULIO GAITAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 29 - 13 - 20 YOPAL CASANARE	TELÉFONO:	3000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6022655140	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/04				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC25	EPSC25-CAPRESOCA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 121.900	$ 121.900	$ 0	$ 0	$ 121.900
SUBTOTALES:									**$ 121.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 121.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 9657251	GAITAN CARLOS JULIO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.750.905			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPSC25-CAPRESOCA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	9657251	$ 121.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 621.000

Planilla NO Pagada

152

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9646526156	DV: 714356
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	10/06/2026 14:59:08
PAP:	901480
Identificacion:	9657251
Nombre:	CARLOS JUKLIO
Apellido 1:	GAITAN
Apellido 2:	ABC
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	6382020
Codigo Planilla:	1751196805
Periodo Pago:	2026/05
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 9657251	Valor: $621.000,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9657251
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS JULIO GAITAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 29 - 13 - 20 YOPAL CASANARE	TELÉFONO:	3000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1751196104	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/04		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	5	$ 1.260.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.260.900	$ 0	$ 1.260.900
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.800	$ 0	$ 102.800
SUBTOTALES:										$ 1.363.700	$ 0	$ 1.363.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPSC25	EPSC25-CAPRESOCA EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 245.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 245.400	$ 0	$ 0	$ 245.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 95.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 95.800	$ 0	$ 0	$ 95.800
SUBTOTALES:													$ 341.200	$ 0	$ 0	$ 341.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	6		$ 0	$ 0		$ 0	$ 593.300	$ 593.300	$ 0	$ 0	$ 593.300
SUBTOTALES:									$ 593.300	$ 0	$ 0	$ 593.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	6	$ 352.900	$ 0	$ 352.900
SUBTOTALES:			$ 352.900	$ 0	$ 352.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116542650	ALEAN BOTELLO ANDRES FELIPE	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
2	CC 1116549810	VIANCHA SAMACA JONATHAN FERNEY	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	20	30															
3	CC 1118560448	HERNANDEZ PEREZ WILMER EDUARDO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
4	CC 4153818	GOYENECHE OCHOA ANYELO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
5	CC 74751823	VIANCHA JAIRO	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI																	
6	CC 74860094	ACHAGUA LUIS FERNEY	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI		15															

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
2	231001-COLFONDOS	11	$ 641.999	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 102.800
3	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
4	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
5	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200
6	230301-PORVENIR	15	$ 875.453	$ 140.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.100

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100
2	EPS037-NUEVA EPS	11	$ 641.999	$ 25.700	$ 0	$ 25.700
3	EPSC25-CAPRESOCA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100
4	EPSC25-CAPRESOCA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100
5	EPSC25-CAPRESOCA EPS	30	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 70.100
6	EPSC25-CAPRESOCA EPS	15	$ 875.453	$ 35.100	$ 0	$ 35.100

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	9657251	$ 121.900
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	11	$ 641.999	9657251	$ 44.700
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	9657251	$ 121.900
4	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	9657251	$ 121.900
5	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	9657251	$ 121.900
6	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	15	$ 875.453	9657251	$ 61.000

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	11	$ 668.749	CCF69-COMFACASANARE	$ 26.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.750.905	CCF69-COMFACASANARE	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	15	$ 1.140.521	CCF69-COMFACASANARE	$ 45.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.651.100

2026/06/04 8:21 AM USUARIO: SOI CC9657251

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

158

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9646526154	DV: 155455
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	10/06/2026 14:59:08
PAP:	901480
Identificacion:	9657251
Nombre:	CARLOS JULIO
Apellido 1:	GAITAN
Apellido 2:	ABVC
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	6382020
Codigo Planilla:	1751196104
Periodo Pago:	2026/06
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 9657251	Valor: $2.651.100,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830105738-1	COOPERATIVA NACIONAL DE MUNICIPIOS	CALLE 93b No. 15 -34 OFICINA 302	8051014	COOPNAL@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86036441	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$1,750,905	$432.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	9	500	0	70.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	9	1.900	0	282.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	9	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	70.100	9	500	70.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	70.100	70.600
Pensión	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	70.100	70.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.600	432.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830105738-1	COOPERATIVA NACIONAL DE MUNICIPIOS		CALLE 93b No. 15 -34 OFICINA 302	8051014	COOPNAL@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86036441	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$1,750,905	$432.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Soldado	Extranjero	Colombia Exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79616221	CARRILLO TORRES SANDRO WVALTER	1	0			0																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Cresse Consulting S.A.S NIT. 900.842.743 – 1	**CRESSE CONSULTING S.A.S** **NÓMINA**	CÓDIGO	AF-FT-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	OCTUBRE DE 2017

NOMINA PARA PAGO DE SALARIOS
MAYO 2026

	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA No.	CARGO	SALARIO BASICO	DIAS	IBC	AUXILIO TRANSP.	VALOR DEVENGADO	DESCUENTOS			TOTAL A PAGAR	FIRMA Y CEDULA
									SALUD 4%	PENSION 4%	TOTAL DESCUENTOS		
1	LEIDY DE JESUS CUENTAS PERALTA	1,049,617,846	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	3,558,750	30	3,558,750	-	3,558,750	142,350	142,350	284,700	3,274,050	
2	CAMILO ANDRES FORERO GALAN	74,814,849	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	3,202,875	10	1,067,625	83,032	1,150,657	42,705	42,705	85,410	1,065,247	
3	JHON WILMAR CASTRO MORA	1,116,544,012	TECNOLOGO DE INTERVENTORIA	1,750,905	10	583,635	83,032	666,667	23,345	23,345	46,691	619,976	
4	LEIDY JOHANNA SARMIENTO BONILLA	1,116,552,719	REPRESENTANTE LEGAL	2,500,000	30	2,500,000	249,095	2,749,095	100,000	100,000	200,000	2,549,095	
	TOTALES			11,012,530		7,710,010	415,158	8,125,168	308,400	308,400	616,801	7,508,368	

DEVENGADO				DEDUCCIONES		PROVISIONES		PROVISIONES			
Sueldo Basico	7,710,010	Recargos Nocturnos	0	Aportes	616,801	Cesantias	676,827	Comfacasanare	308,400		
Horas Extras Dominicales Diurnas	-	Recargos Nocturnos Festivos	0			Intereses Cesant.	6,768	ICBF	0		
Horas Extras Noturnas	-	Recargos Festivos	0	TOTAL DEDUCCIONES	616,801	Prima	676,827	SENA	0		
Horas Extras Diurnas	-		0			Vacaciones	321,507	SUBTOTAL	308,400		
Horas Extras Nocturnas Festivas	-	TOTAL DEVENGADO	7,710,010	NETO A PAGAR	7,093,209	SUBTOTAL	1,681,929		1,990,329	ELABORO	REVISO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900842743
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRESSE CONSULTING SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUAZUL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 #17A-09 LUIS MARIA JIMENEZ	TELÉFONO:	6383303
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	06 - CIUDADELA II
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6019979350**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	358900520

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 170.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.900	$ 0	$ 170.900
230301	230301-PORVENIR	2	$ 662.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 662.800	$ 0	$ 662.800
SUBTOTALES:										**$ 833.700**	**$ 0**	**$ 833.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 165.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.800	$ 0	$ 0	$ 165.800
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0	$ 42.800
SUBTOTALES:													**$ 208.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 208.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 362.800	$ 362.800	$ 0	$ 0	$ 362.800
SUBTOTALES:									**$ 362.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 362.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	3	$ 250.200	$ 0	$ 250.200
SUBTOTALES:			**$ 250.200**	**$ 0**	**$ 250.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049617846	CUENTAS PERALTA LEIDY DE JESUS	DEPEND		$ 3.558.750	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 3.558.750	$ 569.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 569.400	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 3.558.750	$ 142.400	$ 0	$ 142.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.558.750	2	$ 247.700	30	3.558.750	SCCF69-COMFACASANARE	$ 142.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1116544012	CASTRO MORA JOHN WILMAR	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI	10																230301-PORVENIR	10	$ 583.635	$ 93.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 93.400	EPS005-SANITAS S.A	10	$ 583.635	$ 23.400	$ 0	$ 23.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	10	$ 583.635	2	$ 40.700	10	$ 966.943	CCF69-COMFACASANARE	$ 38.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 74814849	FORERO GALAN CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 3.202.875	FIJO			SI	10																25-14 COLPENSIONES	10	$ 1.067.625	$ 170.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 170.900	EPS037-NUEVA EPS	10	$ 1.067.625	$ 42.800	$ 0	$ 42.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	10	$ 1.067.625	2	$ 74.400	10	1.725.993	SCCF69-COMFACASANARE	$ 69.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.655.300

167

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900842743
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRESSE CONSULTING SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUAZUL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 #17A-09 LUIS MARIA JIMENEZ	TELÉFONO:	6383303
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	03 - R PRINCIPAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6021270776	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			358836824

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400,000	$ 0	$ 400,000
SUBTOTALES:										**$ 400,000**	**$ 0**	**$ 400,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 100,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100,000	$ 0	$ 0	$ 100,000
SUBTOTALES:													**$ 100,000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 100,000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13,100	$ 13,100	$ 0	$ 0	$ 13,100
SUBTOTALES:									**$ 13,100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13,100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	1	$ 100,000	$ 0	$ 100,000
SUBTOTALES:			**$ 100,000**	**$ 0**	**$ 100,000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN							SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1116545173	SARMIENTO BONILLA LEIDY JOHANNA	DEPEND		$ 2,500,000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2,500,000	$ 400,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400,000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2,500,000	$ 100,000	$ 0	$ 100,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2,500,000	2	$ 13,100	30	$ 2,500,000	CCF69-COMFACASANARE	$ 100,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 613.100

ANEXO 4: ENSAYOS DE LABORATORIO

INCONS INGENIERIA LTDA.

INTERVENTORIA - CONSULTORIA - CONSTRUCCION - GEOTECNIA - GEOELECTRICA -PERFORACION - PILOTAJE - POZO PROFUNDO - DRENES - PIEZOMETRO

CARRERA 28 No 17A - 10 CEL. 3102834805 YOPAL - CASANARE

E-MAIL: INCONSINGLTDA@HOTMAIL.COM PAGINA WEB: WWW.INCONSINGENIERIALTDA.COM

RESISTENCIA DE COMPRESION DE CILINDROS DE CONCRETO I.N.V. E – 410 – 13

F-LB C6

Version 6 - Pag 1

OBRA: REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL BLOQUES CIUDADELA

INTERESADO: CONSORCIO RFORZAMIENTO 2025

LOCALIZACION: MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE

FECHA: 28/05/2026

RESPONSABLE : ING. MARLON ZARAMA

TELEFONOS: 3223663882

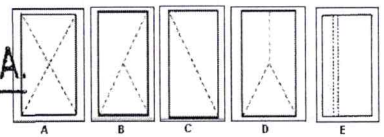
DIRECCION:

E-MAIL: consorcioreforzamiento2025@gmail.com

CILINDRO No	FECHA DE FUNDIDO			FECHA DE ROTURA			EDAD ROTURA (DIAS)	CARGA ROTURA (KN)	PESO CILINDRO (KG)	ALTURA CILINDRO (CM)	DIAMETRO PROMEDIO		AREA			ESFUERZO ROTURA			PROYECCION (28 DIAS)	% RESISTENCIA ESPECIFICADA	ESPECIFICACION DEL DISEÑO	TIPO DE FALLA	OBSERVACIONES
	D	M	A	D	M	A					(CM)	(MM)	MM2	CM2	PULG2	Kg./Cm2	PSI	(MP)					
1	25	3	2026	1	3	2026	7	371.2	13.024	30.0	15.2	152	18146	181.5	28.1	208.6	2961	20.5	4321	98.70	3000	A	NIVEL 2
	25	3	2026	1	3	2026	7	364.9	13.110	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	205.1	2911	20.1	4260	97.02		A	
	25	3	2026	1	3	2026	7	386.5	13.010	30.1	15.1	151	17908	179.1	27.8	220.1	3124	21.6	4521	104.13		B	
	25	3	2026	22	3	2026	28	492.6	13.015	30.2	15.2	152	18146	181.5	28.1	276.8	3929	27.1	NA	130.98		A	
	25	3	2026	22	3	2026	28	510.6	13.011	30.2	15.2	152	18146	181.5	28.1	286.9	4073	28.1	NA	135.76		B	
	25	3	2026	22	3	2026	28	515.7	13.016	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	289.8	4114	28.4	NA	137.12		B	
2	21	4	2026	28	4	2026	7	351.4	13.010	30.0	15.0	150	17672	176.7	27.4	202.8	2878	19.9	4220	95.94	3000	A	MUROS TIPO 1 - TERCER NIVEL MUROS TIPO 2
	21	4	2026	28	4	2026	7	346.9	13.019	30.1	15.1	151	17908	179.1	27.8	197.5	2804	19.4	4128	93.46		B	
	21	4	2026	28	4	2026	7	362.6	13.010	30.2	15.2	152	18146	181.5	28.1	203.8	2892	20.0	4237	96.41		B	
	21	4	2026	19	5	2026	28	479.5	13.015	30.0	15.1	151	17908	179.1	27.8	273.0	3876	26.8	NA	129.19		A	
	21	4	2026	19	5	2026	28	496.9	13.005	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	279.2	3964	27.4	NA	132.12		A	
	21	4	2026	19	5	2026	28	485.2	13.010	30.2	15.2	152	18146	181.5	28.1	272.7	3870	26.7	NA	129.01		A	
3	27	4	2026	4	5	2026	7	339.9	12.896	30.0	15.2	152	18146	181.5	28.1	191.0	2711	18.7	4013	90.38	3000	B	MUROS TIPO 1 - CUARTO NIVEL_3 MUROS
	27	4	2026	4	5	2026	7	349.5	13.011	30.1	15.0	150	17672	176.7	27.4	201.7	2863	19.8	4200	95.42		B	
	27	4	2026	4	5	2026	7	352.6	12.911	30.2	15.1	151	17908	179.1	27.8	200.8	2850	19.7	4185	95.00		A	
	27	4	2026	25	5	2026	28	486.9	13.011	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	273.6	3884	26.8	NA	129.46		B	
	27	4	2026	25	5	2026	28	456.7	12.901	30.2	15.1	151	17908	179.1	27.8	260.1	3691	25.5	NA	123.05		B	
	27	4	2026	25	5	2026	28	402.5	13.015	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	226.2	3211	22.2	NA	107.02		A	
4	30	4	2026	7	5	2026	7	320.8	12.986	30.2	15.1	151	17908	179.1	27.8	182.7	2593	17.9	3866	86.43	3000	B	MUROS TIPO 1 - CUARTO NIVEL_1 MURO MUROS TIPO 2 SEGUNDO Y TERCER NIVEL
	30	4	2026	7	5	2026	7	340.7	12.910	30.1	15.1	151	17908	179.1	27.8	194.0	2754	19.0	4066	91.79		B	
	30	4	2026	7	5	2026	7	351.6	13.010	30.0	15.0	150	17672	176.7	27.4	202.9	2880	19.9	4222	96.00		A	
	30	4	2026	28	5	2026	28	401.9	13.011	30.1	15.2	152	18146	181.5	28.1	225.9	3206	22.1	NA	106.86		A	
	30	4	2026	28	5	2026	28	399.8	13.014	30.2	15.1	151	17908	179.1	27.8	227.7	3231	22.3	NA	107.72		A	
	30	4	2026	28	5	2026	28	409.6	12.978	30.3	15.2	152	18146	181.5	28.1	230.2	3267	22.6	NA	108.91		B	

OBSERVACIONES: LOS CILINDROS FUERON TOMADOS Y TRAIDOS AL LABORATORIO POR EL INTERESADO

TIPOS DE FALLA



LABORATORISTA:
JOSE PALACIOS

INCONS INGENIERIA LTDA.
NIT.: 832.000.118-9

V.B. INGENIERO RAUL SUAREZ
M.P. 25202-45189 CND

ANEXO 5: ACTAS GENERADAS

1163

Alcaldía de Aguazul

ACTA PARCIAL

RECIBIDO ALCALDÍA DE AGUAZUL - CASANARE 28/05/26 5:18 pm

PUBLICADO SECOP ALCALDÍA DE AGUAZUL S.I.A. OBSERVA

ACTA No. 5 PARCIAL 2-28-05-2026

CONTRATO	:	1045 de 18-12-2025
TIPO DE CONTRATO	:	CONTRATO DE OBRA PÚBLICA
DEPENDENCIA	:	SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA
MODALIDAD	:	LICITACIÓN PÚBLICA
PROCESO	:	MA-LP-SI-009-2025
OBJETO	:	CONSTRUCCIÓN DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE.
CONTRATISTA	:	CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025
NIT/CC	:	902017884-0
REPRESENTANTE LEGAL	:	SANDRO WALTER CARRILLO TORRES
CC	:	79616221
VALOR	:	$1.068.556.990,00 M/CTE.
VALOR ADICION	:	$100.029.616,00 M/CTE.
VALOR FINAL	:	$1.168.586.606,00 M/CTE
PLAZO INICIAL	:	TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS
FECHA INICIO	:	26-01-2026
FECHA TERMINACION INICIAL	:	10-05-2026
PRORROGA No.1	:	DOS (02) MESES
FECHA TERMINACIÓN FINAL	:	10-07-2026
PERIODO DEL ACTA	:	28/03/2026 **HASTA** 11/05/2026

ALCALDÍA DE AGUAZUL OFICINA ASESORA JURÍDICA 28 MAY 2026 Folios Recibido por Hora Radicado No.

Se suscribe la presente acta, para dejar constancia de la ejecución parcial del contrato conforme el informe de actividades presentado y revisado por supervisor.

ALCALDÍA DE AGUAZUL SECRETARÍA DE HACIENDA CUENTAS

28 MAY 2026 RECIBIDO POR: HORA: 5:30 pm. RADICADO Nº: FOLIOS:

NOVEDADES DEL CONTRATO

Adición, prórrogas otro sí y modificaciones contractuales.

ADICIONES Y/O PRÓRROGAS:

Contrato Adicional No.	Tiempo
1	Dos (02) MESES

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN:

Acta No.	Tiempo
-	-

GARANTÍAS

Aprobadas por la Oficina Asesora Jurídica el día 21 de mayo de 2026.

ASEGURADORA	No. PÓLIZA	ANEXO	AMPARO	VEGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	TOTAL, SEGURADORA
SEGUROS MUNDIAL	100423897	0	CUMPLIMIENTO	18/12/2025	05/10/2026	$ 106.855.699,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	0	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	18/12/2025	05/04/2026	$ 534.278.495,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	0	PRESTACIONES SOCIALES	18/12/2025	05/04/2029	$ 53.427.849,50
SEGUROS MUNDIAL	100423897	0	ESTABILIDAD DE LA OBRA	05/04/2026	05/04/2031	$ 320.567.097,00
SEGUROS MUNDIAL	100112749	0	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	18/12/2025	05/04/2026	$ 284.700.000,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	1	CUMPLIMIENTO	18/12/2025	05/10/2026	$ 106.855.699,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	1	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	18/12/2025	05/10/2026	$ 534.278.495,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	1	PRESTACIONES SOCIALES	18/12/2025	05/04/2029	$ 53.427.849,50
SEGUROS MUNDIAL	100423897	1	ESTABILIDAD DE LA OBRA	05/04/2026	05/04/2031	$ 320.567.097,00
SEGUROS MUNDIAL	100112749	1	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	18/12/2025	05/04/2026	$ 284.700.000,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	2	CUMPLIMIENTO	18/12/2025	05/10/2026	$ 106.855.699,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	2	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	18/12/2025	05/10/2026	$ 534.278.495,00

ASEGURADORA	No. PÓLIZA	ANEXO	AMPARO	VEGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	TOTAL, SEGURADORA
SEGUROS MUNDIAL	100423897	2	PRESTACIONES SOCIALES	18/12/2025	05/04/2029	$ 53.427.849,50
SEGUROS MUNDIAL	100423897	2	ESTABILIDAD DE LA OBRA	05/04/2026	05/04/2031	$ 320.567.097,00
SEGUROS MUNDIAL	100112749	2	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	18/12/2025	10/05/2026	$ 284.700.000,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	3	CUMPLIMIENTO	26/01/2026	10/11/2026	$ 106.855.699,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	3	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	26/01/2026	10/11/2026	$ 534.278.495,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	3	PRESTACIONES SOCIALES	26/01/2026	10/05/2029	$ 53.427.849,50
SEGUROS MUNDIAL	100423897	3	ESTABILIDAD DE LA OBRA	18/05/2026	10/05/2031	$ 320.567.097,00
SEGUROS MUNDIAL	100112749	3	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	18/12/2025	10/05/2026	$ 350.181.000,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	4	CUMPLIMIENTO	26/01/2026	10/01/2027	$ 116.858.660,60
SEGUROS MUNDIAL	100423897	4	BUEN MANEJO DEL ANTICIPO	26/01/2026	10/01/2027	$ 534.293.303,00
SEGUROS MUNDIAL	100423897	4	PRESTACIONES SOCIALES	26/01/2026	10/07/2029	$ 58.429.330,30
SEGUROS MUNDIAL	100423897	4	ESTABILIDAD DE LA OBRA	10/07/2026	10/07/2031	$ 350.575.981,80
SEGUROS MUNDIAL	100112749	4	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	18/12/2025	10/07/2026	$ 382.962.097,00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El supervisor realizó la verificación del pago de seguridad social de acuerdo a la ley, conforme anexa copia de las planillas correspondientes así:

PERIODO	No. PLANTILLA	IBC	EPS	VALOR SALUD	AFP	VALOR PENSIÓN	ARL	VALOR ARL	FIC
MARZO	6013118116	$ 11.672.700	NUEVA EPS - SANITAS	$ 467.300	COLPENSIONES -PORVENIR	$ 1.868.000	POSITIVA	$ 812.700	$ 393.954
MARZO	6014391101	$ 2.334.540	SANITAS	$ 93.400	PORVENIR	$ 373.600	POSITIVA	$ 162.800	
ABRIL	6016397253	$ 10.505.430	NUEVA EPS - SANITAS	$ 420.000	COLPENSIONES -PORVENIR	$ 1.681.200	POSITIVA	$ 731.400	$ 393.954
ABRIL	6016398349	$ 3.501.810	SANITAS	$ 140.200	PORVENIR	$ 560.400	POSITIVA	$ 243.800	

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$1.068.556.990,00	$534.278.495,00	
ADICIONAL	$100.029.616,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$1.168.586.606,00	$534.278.495,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR PARCIAL No. 1	$457.619.495,00	$228.809.747,50	$228.809.747,50
PRESENTE ACTA PACIAL	$355.620.491,00	$177.810.245,50	$177.810.245,50
POR EJECUTAR	$355.346.620,00		
TOTAL	$1.168.586.606,00	$406.619.993,00	$406.619.993,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA: **Ciento Setenta y Siete Millones Ochocientos Diez Mil Doscientos Cuarenta y Cinco Pesos Con Cincuenta Centavos $177.810.245,50** M/CTE.

El Recibo por parte de la supervisión no exime al contratista, de su responsabilidad ni de las obligaciones a que hace referencia el citado contrato.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron, el veintiocho (28) días del mes de mayo del 2026.

Nota: Se deja constancia de que el apoyo a la supervisión efectuó la verificación de la información contenida en el presente documento, así como la revisión y validación de los documentos soporte que hacen parte del acta parcial No. 2.

Alcaldía de Aguazul	ACTA PARCIAL	

SANDRO WALTER CARRILLO TORRES
R/L CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025
Contratista.

LEIDY JOHANNA SARMIENTO BONILLA R/L
CRESSE CONSULTING S.A.S.
Interventor Contrato
No. 1045-2025

JUAN MIGUEL SANDOVAL GUTIERREZ
Supervisor(a) Cto Interventoría No.1024-2025
Secretario de Infraestructura

Proyectó: YENNY PAOLA RODRIGUEZ OTALORA
Cargo: PROFESIONAL CONTRATADO

Revisó: NINA SOFIA BARRETO ROSAS
Cargo: PROFESIONAL JURIDICO CONTRATADO SIA

Elaboró: YURETH TORRES TORRES
Cargo: PROFESIONAL CONTRATADO

Original Oficina Jurídica
1da Copia Contratista

NOTA: Firmas correspondientes al acta no. 5 parcial 2- 28-05-2026

ANEXO 6: COMITES

	CRESSE CONSULTING S.A.S
	ACTA DE COMITÉ
	FECHA: 19 de mayo de 2026

CONTRATISTA DE OBRA	CONSORCIO REFORZAMIENTO 2025
INTERVENTORÍA	CRESSE CONSULTING S.A.S
NÚMERO DE CONTRATO OBRA	01045 DEL 2025
NÚMERO DE CONTRATO INTERVENTORIA	01024 DEL 2025
OBJETO	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCIÓN DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL DEPARTAMENTO DE CASANARE

DESARROLLO DE COMITÉ

- La interventoría realizo la socialización de la modificatoria/prorroga contractual para la implementación de un sistema independiente de manejo de aguas lluvias dentro de la obra.

Igualmente se informó sobre la construcción de carcamos y sumideros con medidas especificas sobre planos, los cuales conducirán las aguas lluvias hacia el canal existente.

La interventoria manifesto que la implementación de este sistema hidraulico busca mitigar las posibles inundaciones y evitar afectaciones sobre la obra. de

	CRESSE CONSULTING S.A.S
	ACTA DE COMITÉ
	FECHA: 19 de mayo de 2026

de reforzamiento estructural, recientemente ejecutada. la comunidad manifesto inquietudes relacionadas con el estudio de aguas lluvias. Frente a ello, el ingeniero en representación de la interventoria, aclaro que dicho estudio fue aportado por el contratista y proyectado por el ingeniero residente del proyecto. Así mismo, se informó que el ingeniero hidraulico encargado del diseño y analisis del sistema, se baso en las normas tecnicas vigentes en colombia para la elaboracion de estudio hidraulico.

Tambien se trataron temas relacionados con costos, tiempos de ejecución y la necesidad de la prorroga contractual dejando claro de que estos ajustes obedecen a requerimientos tecnicos identificados durante la ejecución de la obra. y las cuales corresponden a medidas preventivas y necesarias para garantizar la funcionalidad y durabilidad de la obra.

COMPROMISOS

-La alcaldia. se comprometio a brindar las especi-Ficaciones tecnicas del estudio hidraulico al Señor Nelson Ocampo para su debida divulgación
-La interventoria realizara seguimiento tecnico Permanente a la ejecución de las actividades.

esse Consulting S.A.S	CRESSE CONSULTING S.A.S
	ACTA DE COMITÉ
	FECHA: 19 de mayo de 2026

ASISTENCIA

NOMBRE	CEDULA	NUMERO DE CELULAR	DEPENDENCIA	FIRMA
claudia P caceres santos	27882523	3127989873	bloque 74	claudia caceres
maribel villamil B.	24224608	3148688803	bloque 19	
yolman epillas	1363262	313208 3397	Bloq 21	
Durley Gutierrez	1122857	315203 3572	Bloq 21	
M. Dnelda Barrera Luna	21122812	3204740397	Bloque 20	
Cesar Valdeblanco	14975508	3226420206	Bloque 20 201	
Jose ALARCON IEA	95178413	3114345379	BLO 16	
CELMIRA AREVALO	46362381	311663 4521	BLO 16	Celmira
Jhonny Fontalvo	30056420	310763 8830	Blq 19	
Mercy Mora	969.118	304330 4824	B/ 19	
Rosmira Rincón Gómez	37.658.421	3208255890	Bloque 16.	Rosmira Rincón
Giselle D Ramos R.	1.102.725.364	3208255890	Bloque 16.	Giselle D.
Ingri Yuleth Camargo	1006443562	3114903485	B1. 17	
Angel Miro Yote.	74753249.	3124737324	B1 20-101	
OSCAR SUAREZ P	1116843392	3213039904	B1 16	OSCAR SUAREZ
Carlos E castañeda Z	10198539	314424	1915 A/TC	
Jorge E. Cepeda Hdz.	74771412	3108418851	Propietario	

ANEXO 7: CORRESPONDENCIA

Cresse Consulting S.A.S NIT. 900.842.743-1	CRESSE CONSULTING S.A.S	CÓDIGO	GE-FT-07
		VERSIÓN	1
900.842.743 – 1	OFICIO	FECHA	NOVIEMBRE 2017

Aguazul, mayo 13 de 2026.

MUNICIPIO DE AGUAZUL
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA
OFI_INT_01024_0020
13 MAY 2026
Recibido por:
Hora: 2:37 AM PM
Folios:
Radicado No.

Señor:
ING. JUAN MIGUEL SANDOVAL GUTIERREZ
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
MUNICIPIO DE AGUAZUL
Apoyo Tec: Ing. Paola Rodríguez

REFERENCIA 1: CONTRATO No. 01024 DE 2025 DE OBJETO: "INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCIÓN DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE.

REFERENCIA 2: CONTRATO No. 01045 DE 2025 OBJETO: CONSTRUCCION DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Asunto: Entrega parcial de obra No.2

Cordial saludo.

lo presente, es con el fin de entregar el informe parcial No.2 de obra, donde se verifico y se aprobó la información técnica, administrativa, jurídica, financiera, ambiental, salud y seguridad en el trabajo de las actividades ejecutadas durante el periodo del 28 de enero hasta el 11 de mayo del 2026 correspondiente al periodo de ejecución del presente pago parcial No.2 del contrato de Obra pública No. 1045 DE 2025.

Cordialmente.

LEIDY JOHANNA SARMIENTO BONILLA
C.C. No. 1.116.545.173 de Aguazul
R.L. CRESSE CONSULTING SAS
NIT. 900.842.743-1

Cresse Consulting S.A.S NIT. 900.842.743-1	CRESSE CONSULTING S.A.S	CÓDIGO	GE-FT-07
		VERSIÓN	1
900.842.743 – 1	OFICIO	FECHA	NOVIEMBRE 2017

Aguazul, mayo 28 de 2026.

MUNICIPIO DE AGUAZUL
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA
OFI_UNT_01024_0021
29 MAY 2026
Recibido por:
Hora: 9:38 AM PM
Folios:
Radicado No.

Señor:
ING. JUAN MIGUEL SANDOVAL GUTIERREZ
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
MUNICIPIO DE AGUAZUL
Apoyo Tec: Ing. Paola Rodríguez

REFERENCIA 1: CONTRATO No. 01024 DE 2025 DE OBJETO: "INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCIÓN DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE.

REFERENCIA 2: CONTRATO No. 01045 DE 2025 OBJETO: CONSTRUCCION DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Asunto: Entrega de informe mensual No.4

Cordial saludo,

lo presente, es con el fin de entregar el informe mensual No.4 de obra e interventoría identificados en REF 1 y REF 2, donde se da seguimiento a la información técnica, administrativa, jurídica, financiera, ambiental, salud y seguridad en el trabajo de las actividades ejecutadas durante el periodo del 27 de abril hasta el 26 de mayo del 2026 correspondiente al cuarto mes de ejecución del contrato de Obra pública No. 1045 DE 2025.

Cordialmente.

LEIDY JOHANNA SARMIENTO BONILLA
C.C. No. 1.116.545.173 de Aguazul
R.L. CRESSE CONSULTING SAS
NIT. 900.842.743-1

Cresse Consulting S.A.S NIT. 900.842.743-1	CRESSE CONSULTING S.A.S	CÓDIGO	GE-FT-07
		VERSIÓN	1
900.842.743 – 1	OFICIO	FECHA	NOVIEMBRE 2017

Aguazul, junio 03 de 2026.

MUNICIPIO DE AGUAZUL
SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA
OFI_INTT_01024_0022
04 JUN 2026
Recibido
Hora: 3:23 AM PM
Folios:
Radicado No.

Señor:
ING. JUAN MIGUEL SANDOVAL GUTIERREZ
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
MUNICIPIO DE AGUAZUL
Apoyo Tec: Ing. Paola Rodríguez

REFERENCIA 1: CONTRATO No. 01024 DE 2025 DE OBJETO: "INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL, LEGAL Y CONTABLE A LA CONSTRUCCIÓN DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL, DEPARTAMENTO DE CASANARE.

REFERENCIA 2: CONTRATO No. 01045 DE 2025 OBJETO: CONSTRUCCION DE LA FASE II DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LOS BLOQUES DE APARTAMENTOS DE LA CIUDADELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

Asunto: Comunicación de situación presentada durante atención de observaciones en Apartamento 104 Torre 17.

En calidad de interventoría del Contrato de Obra Pública No. 01045 de 2025, nos permitimos poner en conocimiento de la Entidad las circunstancias presentadas durante las visitas de los apartamentos para el cierre de actas de vecindad del Bloque 17.

De acuerdo con la información suministrada por el contratista mediante comunicación OFI_CR_1045_021 de fecha 01 de mayo de 2026, durante la programación de una visita técnica al Apartamento 104 de la Torre 17 no fue posible realizar la inspección prevista, debido a que el propietario del inmueble manifestó su negativa para permitir el ingreso del personal del contratista y de la interventoría.

Según lo informado, el propietario condicionó la autorización de ingreso a la reparación o reposición de una nevera y una lavadora que, presuntamente, habrían resultado afectadas durante la ejecución de las actividades constructivas. Sin embargo, de acuerdo con los antecedentes revisados por esta interventoría, durante el desarrollo de la obra no se evidencian reportes formales, reclamaciones oportunas o soportes técnicos que permitan establecer la ocurrencia de dichas afectaciones en el momento en que supuestamente se presentaron.

Asimismo, el contratista informó que los equipos eléctricos utilizados durante la ejecución de las actividades fueron alimentados desde el Apartamento 102 de la

Torre 17, destinado como oficina de obra, situación que deberá ser considerada dentro de cualquier análisis técnico posterior.

La negativa de acceso al inmueble ha impedido que tanto el contratista como la interventoría puedan efectuar la inspección correspondiente, realizar el levantamiento de información, verificar las condiciones actuales de los equipos reportados y determinar técnicamente el origen y alcance de las presuntas afectaciones.

Por lo anterior, esta interventoría considera pertinente informar a la Entidad Contratante sobre la situación presentada, dejando constancia de que actualmente no es posible emitir un concepto técnico concluyente respecto de las reclamaciones manifestadas por el propietario, toda vez que no se ha permitido el acceso al inmueble para adelantar las verificaciones correspondientes.

En consecuencia, se remite la presente comunicación para conocimiento y fines pertinentes, quedando atentos a las instrucciones que la Entidad considere necesarias para la atención de este caso.

Cordialmente.

LEIDY JOHANNA SARMIENTO BONILLA
C.C. No. 1.116.545.173 de Aguazul
R.L. CRESSE CONSULTING SAS
NIT. 900.842.743-1

- *Anexo documento: OFI_CR_1045_021*