NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FECHA INGRESO
JASMIN ANGULO L	66739420	PROFESIONAL SISO	17 DE FEBRERO 2025
GALDINO OSMAR NAJERA	72301051	INGENIERO RESIDENTE	16 DE ENERO 2025
MARLING Y. VALLEJO	38472089	PROFESIONAL SOCIAL	17 DE FEBRERO 2025
CARLOS V. CARABALI L.	16493884	PROFESIONAL ELECTRICO	21 DE FEBRERO 2025
MILTON B. VALLEJO B.	16507146	AUXI. ELECTRICO	21 DE FEBRERO 2025
NIDIA Y. PABON T.	52884074	DIRECTORA DE OBRA	24 DE FEBRERO 2025
GUSTABO PALACIOS R.	19055241	ARQUITECTO	27 DE FEBRERO 2025
CARLOS MAURICIO BOTON	80724186	GEOTECNIA	24 DE FEBRERO 2025
BILLY W. PIRACHICAN	80116499	TOPOGRAFO	24 DE FEBRERO 2025
OMAR A. MENDOZA	7227618	HIDROSANITARIO	27 DE FEBRERO 2025
IVAN FERNANDO VERGARA	74379160	ESTRUCTURAL	05 DE MARZO DEL 2025
ANTONIO JOSE OROZCO	79059286	ELECTRICO	21 DE FEBRERO 2025
JOSE ESTIVEN GONZALEZ	94440468	APOYO LOGISTICO	04 DE MARZO 2025
JHAMG C. QUINTERO	16945687	APOYO LOGISTICO	01 DE MARZO 2025
FREDDY L. HERRERA	1026265593	APOYO HIDROSANITARIO	14 DE FEBRERO 2025

EXAMEN INGRESO	SALUD	PENSION	ARL	FECHA DE NACIMIENTO
18 DE FEBRERO 2025	COOSALUD	PORVENIR	POSITIVA	12 DE JUNIO DE 1971
19 DE ENERO 2025	COMPENSAR	COLPENSION	POSITIVA	26 DE JUNIO DE 1969
18 DE FEBRERO 2025	COMFENALCO	COLPENSION	POSITIVA	02 DE MAYO DE 1982
	COMFENALCO	PORVENIR	POSITIVA	18 DE AGOSTO DE 1968
	COMFENALCO	COLPENSION	POSITIVA	25 DE OCTUBRE DE 1974
20 DE FEBRERO 2025	COMPENSAR	COLPENSION	SURA	17 DE NOVIEMBRE DE 1981
22 DE FEBRERO 2025	COMPENSAR	COMPENSAR	POSITIVA	24 DE ENERO DE 1948
20 DE FEBRERO 2025	COMPENSAR	COLPENSION	SURA	11 DE ABRIL DE 1982
24 DE FEBRERO 2025	SALUD T.	PORVENIR	SURA	09 DE AGOSTO DE 1982
17 DE MAYO 2024	FAMISANAR	PROTECCION	POSITIVA	14 DE MAYO DE 1971
22 DE SEPTIEMBRE 2024	COMPENSAR	PORVENIR	POSITIVA	05 DE JULIO DE 1983
04 DE MARZO 2025	COOSALUD	PORVENIR	SURA	25 DE NOVIEMBRE 1975
03 DE MARZO 2025	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	SURA	23 DE ABRIL DE 1982
	COMPENSAR	PROTECCION	SURA	16 DE AGOSTO DE 1989

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.793.779				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	21/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 19.055.241	**EDAD**	77	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	PALACIOS RUBIANO GUSTAVO				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	ARQUITECTO		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las *restricciones:*** 6 Meses	NA

RESTRICCIONES

1. EVITAR ACTIVIDADES QUE CONLLEVEN EXIGENCIA DE VISIÓN DE PROFUNDIDAD, DISCRIMINACIÓN FINA, DE PRECISIÓN Y/O ENCAJE. 2. USO DE CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE.
3. ESTAR SIEMPRE ACOMPAÑADO DURANTE LAS INSPECCIONES DE OBRAS.

OBSERVACIONES

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN ENTIDAD DE SALUD, PRIORIZANDO OFTALMOLOGÍA EN ESTE MOMENTO.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.793.779				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	21/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 19.055.241	**EDAD**	77	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	PALACIOS RUBIANO GUSTAVO				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	ARQUITECTO		

Autorización de datos personales

Yo, PALACIOS RUBIANO GUSTAVO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 19.055.241, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en -http://medilaboral.com/documentacion/- donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

CC. 19.055.241

Profesional

DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/02/2025 14:58:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO**

Cargo **TOPOGRAFO** Doc. Identidad **CC 80116499**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
EXAMEN DE RETIRO	**SI**	**NO**
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○ NO⊗	ARL	SI ○ NO⊗	EPS	SI ○ NO⊗

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO, USO DE GAFA PERMANENTES PARA LA LABOR
INDUCCION O REINDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)
CUMPLIR CON LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
CULTURA DE TRABAJO SEGURO Y INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA QUE HAY EN LA EMPRESA

JOSE LUIS RODRIGUEZ BAQUERO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 79570561 RM

Trabajador: BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO
CC 80116499
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biométrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

USAR EPP NECESARIO
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS Y DE UÑAS DE FORMA CONSTANTE
MANEJO DE ESTRÉS QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS PARA MANTENER UN PESO ADECUADO
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE LE LIMITE TRABAJAR
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR

DIETA BAJA EN GRASA HARINAS Y AZUCARES, EJERCICIO 30 MINUTOS DIARIOS CONTROL DE PESO.

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

JOSE LUIS RODRIGUEZ BAQUERO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 79570561 RM

Trabajador: BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO
CC 80116499
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biométrica

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.792.758				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	20/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.884.074	**EDAD**	43	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	GERENTE		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

CONTINUAR CONTROL POR OFTALMOLOGÍA EN EPS POR PROCEDIMIENTO RECIENTE.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - EVITAR CONDUCIR HASTA QUE MÉDICO TRATANTE LO INDIQUE

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.792.758				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	20/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.884.074	**EDAD**	43	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	GERENTE		

Autorización de datos personales

Yo, PABON TRIANA NIDIA YOLANDA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 52.884.074, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en -http://medilaboral.com/documentos.asp/- donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

CC. 52.884.074

Profesional

RITA E. FLOREZ C.
Md. Esp. Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
Lic. 4663 29 de Abril 2019
CC. 36257969

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO - LSO 4663 DEL 29/04/2019

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-02-18

Nombres y apellidos: JASMIN ANGULO LANDAZURI
Fecha de nacimiento: 12/06/1971
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL SST

CC: 66739420
Edad: 53 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-02-18 / 12:12:10
Fecha salida: 2025-02-18 / 12:40:53



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JASMIN ANGULO LANDAZURI
CC: 66739420
Firma del paciente

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av, Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-02-18

Nombres y apellidos: MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
Fecha de nacimiento: 02/05/1982
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL SOCIAL

CC: 38472089
Edad: 42 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2025-02-18 / 11:45:41
Fecha salida: 2025-02-18 / 12:16:54



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
CC: 38472089
Firma del paciente

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.792.763				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	20/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO		
NO. DOCUMENTO	CC. 80.724.186	**EDAD**	42	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	GERENTE		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

Autorización de datos personales

Yo, BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 80.724.186, en mi calidad de titular de los datos personales manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <http://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Profesional

CC. 80.724.186

DRA. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZÁLEZ - LSO 25-5027 DE 2015

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA

DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis

CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA

TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046

EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA VDRL)

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA

DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis

CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA

TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046

EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Powered by CamScanner

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO			
Fecha Atención:	22/sep/2024 06:52 AM	**Cargo:**	INGENIERO CIVIL - CONSULTOR
Examen:	Examen de ingreso Osteomuscular		
Nombre Empresa:	INDEPENDIENTE	**T. Vinculación:**	

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	IVAN FERNANDO VERGARA GONZALEZ	**Identificación:**	CC-74379160
Dirección:	AUTOPISTA FLORIDABLANCA 169 - 164 - Colombia	**Teléfono:**	3123722161
Fecha	05/jul/1983	**Edad:**	40 Años
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	INGENIERO CIVIL	**Régimen Salud:**	Contributivo
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Concepto(s) Médico(s):	**Sin restricciones o limitaciones para el cargo**

Restricciones: NO RESTRICCIONES ACTUALMENTE.

Recomendaciones: BUENA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SI LA TAREA LO AMERITA, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.
CONTINUAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
SE RECOMIENDA CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL, CONTINUAR USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE SEGUN SU INDICACION.

ENFASIS:
-OSTEOMUSCULAR: APTO.

Firma del Paciente

Nombre: IVAN FERNANDO VERGARA GONZALEZ

Profesional: HECTOR ALEXANDER MORALES CHACON
RM:
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional

Powered by CamScanner

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.428.056				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	19/01/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 72.301.051	**EDAD**	54	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	NAJERA CERA GALDINO OSMAR				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	RESIDENTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CON FILTRO UV - USAR GAFAS DESEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo NAJERA CERA GALDINO OSMAR identificado con CC No. 72.301.051. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

DR. ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL LIC.346 12-01-2023

Aspirante o trabajador

CC. 72.301.051

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.026.265.593**

HERRERA GARCIA

APELLIDOS

FREDY LEONARDO

NOMBRES



fredy Herrera
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-AGO-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01053368-M-1026265593-20181228 **0063**50146A 1 9906999302

ARL | sura

Medellín, 14 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FULKRUM INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1026265593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	01/12/2021		V3825221	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C795011062504554214

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2025 15:03:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.55.65, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	901281307-9	FULKRUM INGENIERIA SAS		CL 53 B 19 05 OF 603	3138641799	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME			BOGOTA D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	03/02/2025	83763342	$1.362.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	202.000	0		0		0	0	0	0	202.000	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protecum (ING + Protecon)	800229739-0	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	1
230301	Porvenir	900228000-6	455.700	0	0	0	0	0	0		455.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860039788-5	150.300				150.300	0	0	150.300			1.503	150.300	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	202.000	0	0	202.000	3

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.000	202.000
Pension	2	807.700	807.700
Riesgos Laborales	1	150.300	150.300
CCF	1	202.000	202.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.362.000	1.362.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901281307-9	FULKRUM INGENIERIA SAS		CL 53 B 19 05 OF 603	3138641799	leon.jose.l3a@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	03/02/2025	83763342	$1.362.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Ingreso	Retiro	Traslado Entrada	Traslado Salida	Sanción	IGE	ITT	LMA	VAC	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SLN	ITT	AVP	AVT	ACT	RET	COR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Aportes	Valor Aporte Voluntario	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Resp.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026586593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	1	0				5																	230301	969.400	91.200	0	0	0	0	EPS008	969.400	22.600	14-11	969.400	5	39.700	CCF22	969.400	22.600	0	0	0	0	0
2	CC	1026586593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	1	0				5										1							230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS008	854.100	34.200	14-11	854.100	5	0	CCF22	854.100	34.200	0	0	0	0	0
3	CC	1026271290	LEON MORENO ZYANYA	1	0				5																	230201	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	1	11.502	CCF22	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
4	CC	79001105	LEON CAMARGO JOSE LUIS	1	0				5																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	84.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com [x] Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	FULKRUM INGENIERIA SAS	**Nit:**	901281307
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Enero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2025
Número de radicación:	83763342	**Total a pagar:**	$1,362,000
Fecha de vencimiento:	04/02/2025	**Total de empleados:**	3
Fecha de pago:	03/02/2025	**Número de administradoras:**	5

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	99986[illegible]42
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOOMEVA S.A.	**Número de aprobación:**	1239920310
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Bienvenidos

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com

[x] Cerrar

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	3		$0.00	$150,300
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$352,000
230301	800224808	Porvenir	2		$0.00	$455,700
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	3		$0.00	$202,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	3		$0.00	$202,000
						$1,362,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2025 . Compensar - Cenet S.A.

20 AÑOS | miplanilla.com Especialistas en Seguridad Social

Comfenalco Valle delagente

certicámara

Acerca de los certificados SSL

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: **191.95.55.65**

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA

DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis

CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA

TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046

EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-03-03

Nombres y apellidos: JHAMG CARLOS QUINTERO TORRES **CC:** 16945687
Fecha de nacimiento: 23/04/1982 **Edad:** 42 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: JEV TEMPORAL SAS **Fecha ingreso:** 2025-03-03 / 08:36:35
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2025-03-03 / 11:38:26
Cargo: APOYO LOGISTICO



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA VDRL)

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JHAMG CARLOS QUINTERO TORRES
CC: 16945687
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.945.687**

QUINTERO TORRES

APELLIDOS

JHAMG CARLOS

NOMBRES

JHAN Carlos Bonito

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1982**

BUENAVENTURA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUN-2000 BUENAVENTURA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3101900-00262407-M-0016945687-20101026 0024544571A 1 33963776

ARL | sura

Medellín, 28 de February de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JEV TEMPORAL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000122 CONSORCIO FP (RIESGO 5)			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C16945687	QUINTERO TORRES JHAMG CARLOS	01/03/2025		b233339s	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/02/2025 12:35:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.221.138, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3437604355418
Fecha de radicación 08/03/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:		Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A.Contributivo [X]	SI [ ]
	B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]		B.Subsidiado [ ]	NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
QUINTERO	TORRES	JHAMG	CARLOS

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	16945687	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	Pais de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	23/04/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
00-0: Sin ARL	230201: Protección	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 6 A 7 05		3117131893	administrador@arqingco.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA		Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - CRA 47 # 2-08	1038

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
JEV TEMPORAL SAS	NI901686377	

Direccion	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 63B 80 - 11	0006013975	gerencia@calidadygestion.com.co	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3437604355418

Fecha de radicación 08/03/2025

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	01/03/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. de acuerdo con lo previsto ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero de documento de identidad

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3437604355418
Fecha de radicación 08/03/2025

X. ANEXOS

X	56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio. sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones

Observaciones:

Empresa:MAYELY ALICETH RIVERA PINCHAO, Asesor:Mayely Rivera, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:mayely.rivera@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUINTERO TORRES JHAMG CARLOS** identificado(a) con **CC** número **16.945.687** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2025

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-03-03

Nombres y apellidos: JHAMG CARLOS QUINTERO TORRES **CC:** 16945687
Fecha de nacimiento: 23/04/1982 **Edad:** 42 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: JEV TEMPORAL SAS **Fecha ingreso:** 2025-03-03 / 08:36:35
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2025-03-03 / 11:38:26
Cargo: APOYO LOGISTICO



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA VDRL)

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JHAMG CARLOS QUINTERO TORRES
CC: 16945687
Firma del paciente

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
GONZALEZ HURTADO

NUIP 94.440.468

Nombres
JOSE ESTIBEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 NOV 1975

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUENAVENTURA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
23 ABR 1996, BUENAVENTURA

Fecha de expiración
12 OCT 2034

Firma
JOSEESTIBEN

0566228659

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056622865031019<<<<<<<<<<<
7511253M3410129COL94440468<<<7
GONZALEZ<HURTADO<<JOSE<ESTIBEN

ARL | sura

Medellín, 03 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JEV TEMPORAL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000122 CONSORCIO FP (RIESGO 5)			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C94440468	GONZALEZ HURTADO JOSE ESTIBEN	04/03/2025		18822428	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/03/2025 14:36:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.221.138, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicado	Fecha de Radicado

Página 1 de 2

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Hurtado	Jose	Estiben

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Fecha de nacimiento
CC	94440468	Femenino ☐ Masculino X	Día 25 Mes 1 Año 1975

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
COL	País Colombia	Departamento Valle	Municipio Buenaventura	25 1 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Ocupación	18. Escolaridad	19. Tiene actualmente SISBEN	20. Clasificación SISBEN
			S ☐ NO ☐	Nivel Grupo

21. Grupo poblacional especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Fecha Constitución Solidaria
	Sura	Porvenir	1'423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono	Teléfono celular	Correo electrónico
kr 69 cl 6ª	3113906684	3113906684	gonzalezhurtadojoseetiven@gmail.com.
Departamento Buenaventura	Municipio Buenaventura	Localidad/Comuna Buenaventura	Zona Urbana X Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo biológico	32. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	Día Mes Año	

33. Nacionalidad	34. Lugar de nacimiento			35. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los padres del cotizante (si es menor de edad)

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
36				
37				

	38. Tipo de documento de identidad	39. Número de documento de identidad	40. Sexo biológico	41. Sexo biológico	42. Fecha de nacimiento
			Femenino ☐ Masculino ☐	Día Mes Año	
36					
37					

	43. Nacionalidad	44. Lugar de nacimiento			45. Fecha de nacimiento
		País	Departamento	Municipio	
36					
37					

Datos básicos de identificación de los hijos del cotizante

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
38				
39				
40				
41				
42				

	46. Tipo de documento de identidad	47. Número de documento de identidad	48. Sexo biológico	49. Sexo biológico	50. Fecha de nacimiento
			Femenino ☐ Masculino ☐	Día Mes Año	
38					
39					
40					
41					
42					

	51. Nacionalidad	52. Lugar de nacimiento			53. Fecha de nacimiento
		País	Departamento	Municipio	
38					
39					
40					
41					
42					

Información laboral del cotizante

	54. Ocupación	55. Código	56. Tipo de cotizante	57. Actividad económica (CIIU)	58. Tiempo de servicio		59. Salario básico	60. Clase de salario			61. Dirección de la empresa		62. Teléfono empresa	
					Años	Meses		Mensual	Diario	Horas			Indicativo	Número
36														
37														
38														
39														
40														

Otros

	63. Nombre o razón social	64. Tipo de vínculo	65. Tipo de cotización	66. Fecha de ingreso		67. Fecha de retiro		68. Días cotizados		69. Valor cotizado	70. Valor no retenido por aportante
				Día	Mes	Día	Mes	Pensión	Salud		
36											
37											
38											
39											
40											

Jeu Temporal
Cl 63 B N 80 11

NIT 901686 877
3652145380 3652145380 Bgta Bgta

II. REPORTE DE NOVEDADES

1° Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización de documento de identificación
- [ ] 4. Actualización información de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la relación laboral
  Código [ ]
- [ ] 6. Retiro de pago a Cabeza de un hogar - Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios por afiliado adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios de afiliado adicionales
- [ ] 9. Inclusión de relación laboral o actualización de datos básicos para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o retiro de afiliados independientes
- [ ] 11. Inclusión EPS reingreso a la EPS
- [ ] 12. Inclusión de una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios
- [ ] 14. Otras novedades
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado
  - [ ] A. Viene de Régimen
  - [ ] B. Para el Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento de Cónyuge o Padres permanente
- [ ] 17. Reporte de cambio de ocupación o desempleo
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Compensación Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Compensación Solidaria

III. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

22. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	23. Sexo biológico	24. Datos identificación	25. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐	04032025

26. EPS anterior	26a. Fecha de ingreso	27. Modalidad de ingreso	28. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
		Código [ ]	

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 29. Declaro bajo la gravedad de juramento que la información de mis beneficiarios y afiliados es completa
- [ ] 30. Declaración de la obligación de afiliarse a Régimen Contributivo (Cotizante Independiente)
- [ ] 31. Declaración de veracidad de registros de parentesco y autorizo expresamente a entregar la información de mis beneficiarios
- [ ] 32. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 33. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de cualquier médico tratante o de cualquier beneficiario del afiliado cotizante
- [ ] 34. Autorización para que la EPS reporte a información que se genere de la afiliación del presente formulario a la base de datos de afiliados, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente sobre habeas data
- [ ] 35. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de victima o víctima de familiar de mis beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo ordenado en el artículo 2.2.3.1.1 del Decreto 1477 de 2015
- [ ] 36. Autorización para que la EPS envíe información a correos electrónicos de terceros autorizados
- [ ] 37. Autorización de descuentos para cotizantes de la Compensación Familiar de valores no pagos oportunamente
- [ ] 38. Autorización de descuentos de grupo familiar en cabeza de Compensación Familiar según convenios de Seguridad Social

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

39. En caso de ausencia o falta de pago del cotizante de forma voluntaria o retiro de cotizante independiente, autorizo para que se descuente de mi pensión el valor correspondiente a la Contribución Solidaria

Afiliado Principal

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

VI. FIRMAS

Jose Gonzalez.

40. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad

41. Huella del cotizante, cabeza de familia o beneficiario mayor de edad

JEV
TEMPORAL S.A.S.
Nit. 901.686.377-3

VI. ANEXOS

- [ ] 42. Fotocopia de documento de identidad
  - [ ] CC [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] PEP [ ] PPT [ ] Otro
  - Número de documentos de identidad anexos [ ]
- [ ] 43. Declaración juramentada de convivencia
- [ ] 44. Copia de registro civil de nacimiento
- [ ] 45. Copia de documento de identidad de padres
- [ ] 46. Copia de sentencia de adopción o acta de entrega definitiva
- [ ] 47. Copia de sentencia de custodia y cuidado personal
- [ ] 48. Documento de validez expedido por la autoridad competente para permanencia en el país (Cédula de extranjería, Permiso especial de permanencia, Salvoconducto de permanencia, Permiso por protección temporal)
- [ ] 49. Copia de certificado de discapacidad
- [ ] 50. Copia de acta de defunción del cotizante
- [ ] 51. Otros documentos

VII. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA NOVEDAD

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Primer apellido

Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Dirección de residencia

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Departamento	Municipio

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.440.468**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolivar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA VDRL)

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
CARABALI LOPEZ
CARLOS VICENTE
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1968
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, le invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20250221030016493884O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 16493884	PRIMER APELLIDO CARABALI
	SEGUNDO APELLIDO LOPEZ
PRIMER NOMBRE CARLOS	SEGUNDO NOMBRE VICENTE
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1968 MES 08 DIA 18	SEXO M F	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL COMFENALCO VALLE E.P.S.	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 62C 11 33	
DEPARTAMENTO VALLE	MUNICIPIO BUENAVENTURA
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3186455478	CORREO ELECTRÓNICO CARLOSVICENTECARABALILPOEZ@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO		COMERCIAL ■		CIVIL		PÚBLICO		PRIVADO ■		SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI		NO ■	
* FECHA INICIO	AÑO 2025	MES 02	DIA 17	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2025	MES 03	DIA 18	No. DE MESES 1							
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES ■	MARTES ■	MIERCOLES ■	JUEVES ■	VIERNES ■	SABADO	DOMINGO	DE 07:00	AM ■ PM	HASTA 02:00	AM PM ■				
VALOR TOTAL $10000000		VALOR MENSUAL $10000000			* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $4000000										
* ACTIVIDAD A EJECUTAR CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCL					CÓDIGO 4429001										
CARGO U OCUPACIÓN INGENIERO ELECTRICISTA											TAXISTA SI	NO ■			
DIRECCIÓN AV SIMON BOLIVAR															
DEPARTAMENTO VALLE					MUNICIPIO BUENAVENTURA										

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para la afiliación) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 901899122 DV 7	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONSORCIO FP
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1829902	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art.11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL KR 15A 124	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 6013106560 FAX	CORREO ELECTRÓNICO PROYECTOS@ARGINGCO.COM
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 19055241	PRIMER APELLIDO PALACIOS / SEGUNDO APELLIDO RUBIANO
PRIMER NOMBRE GUSTAVO	SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Formulario Firmado Electrónicamente / 2025-02-21 / 15:09:59

* CARLOS VICENTE CARABALI LOPEZ

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
4429001	4	4,35000

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Rev. Noviembre/2019

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 98 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ONE STRUCTURE GRATUITO PROHIBIDO SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de **2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los** que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Si [X] No [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la **información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos** sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se **ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así** mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Si [X] No [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. **Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.**
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BUENAVENTURA **a los (**21**) días del mes de** febrero **del año** 2025

Formulario Firmado Electrónicamente - 2/21/2025 - 15:08:59

CARLOS VICENTE CARABALI LOPEZ
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

CARLOS VICENTE CARABALI LOPEZ
Firma del **Trabajador Independiente**

EPS delagente

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS delagente
Régimen Contributivo

La EPS delagente, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 16493884
Apellidos:	CARABALI LOPEZ
Nombres:	CARLOS VICENTE
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	20/02/2025
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	BUENAVENTURA
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
IPS MANANTIAL DE VIDA	CRA 3B # 8 - 47	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 21 de Febrero de 2025 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos
EPS delagente

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Generado por: CARLOS VICENTE CARABALI LOPEZ

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS VICENTE CARABALÍ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.493.884**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 19.055.241

Apellidos
PALACIOS RUBIANO

Nombres
GUSTAVO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	M

Fecha de nacimiento
24 ENE 1948

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
UBATE (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 OCT 1969, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
10 FEB 2032

Firma

.CO

001907645

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL001907645015001<<<<<<<<<<<
4801249M3202104COL19055241<<<6
PALACIOS<RUBIANO<<GUSTAVO<<<<<

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GUSTAVO PALACIOS RUBIANO** identificado con **CC** No. **19055241**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 06/07/2022 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012954861.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

la unidad
DE PENSIONES Y PARAFISCALES

1120.12

Bogotá D.C., 02 de enero de 2018

Señor
GUSTAVO PALACIOS RUBIANO
ADMINISTRADOR1@ARQINGCO.COM

Radicado: 201811200006371

Asunto: Respuesta a su radicado No. 201720053792572 del 06/12/2017

Respetado Señor:

De la manera más atenta esta Subdirección encontrándose dentro del término legal establecido en el numeral 2[1] del Artículo 14 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se permite dar respuesta a su consulta, no sin antes advertirle que ésta no compromete la responsabilidad de la entidad, ni será de obligatorio cumplimiento o ejecución como tampoco producirá efectos jurídicos vinculantes en relación con el peticionario y terceros interesados en la respuesta, constituyéndose únicamente en un criterio orientador.

Se plantea el siguiente cuestionamiento:

"ASUNTO: COTIZACIÓN A PENSIONES
Buenas tardes Agradezco su colaboración emitiendo su concepto con respecto a la obligatoriedad de cotizar a pensiones, teniendo en cuenta lo siguiente: Antecedentes: Yo Gustavo Palacios Rubiano, tengo actualmente un contrato de consultoría con la secretaría de educación, el cuento actualmente con 69 años de edad y al cumplir la edad de pensión no alcance las semanas mínimas de cotización para poder acceder al beneficio de pensión, a la fecha al no ter este beneficio la administradora me notifico la devolución de saldos de mis aportes. De acuerdo con lo anterior estaría obligado a presentar aportes a los demás sistemas pero no al régimen pensional. Agradezco así confirmar si estoy o no obligado a presentar dichos aportes". (Sic)

Sobre el particular es preciso señalar que de acuerdo con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, trabajadores independientes, rentistas y **personas naturales que presten directamente servicios al Estado** o al sector privado **bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios** con capacidad de pago e ingresos, es decir, con ingresos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, están obligadas a cotizar al Sistema de la Seguridad Social en Salud.

---

[1] ***Ley 1437 de 2011. Artículo 14.*** *(Sustituido por la Ley 1755 de 2015).* ***Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*** *(...) 2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.*

la unidad
DE PENSIONES Y PARAFISCALES

En materia pensional, la Ley 797 de 2003 establece la obligatoriedad de los trabajadores independientes de realizar aportes a dicho sistema y al sistema de riesgos laborales solo para quienes celebran contratos de prestación de servicios con duración superior a un (1) mes, según la Ley 1562 de 2012.

De otra parte y respecto al tema de las excepciones a cotizar al Sistema General de Pensiones, de conformidad con lo establecido en los artículos 17 y 61 de la Ley 100 de 1993, no están obligadas a efectuar aportes al Sistema General de Pensiones los trabajadores que se encuentran en alguna de estas situaciones: **(i)** cumplen o reúnen los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez (edad y semanas de cotización en el régimen de prima media, o edad y ahorro en el régimen de ahorro individual), o **(ii)** cuando el afiliado se pensione por vejez, invalidez o anticipadamente.

Igualmente, no están obligados a realizar aportes pensionales, sin importar el régimen al cual se encuentren afiliados los trabajadores cuando han recibido **la indemnización sustitutiva o devolución de saldos** de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 37 y 66 de la Ley 100 de 1993. Este derecho se adquiere cuando la persona siendo varón tenga 62 años de edad y mujer 57, y además que no disponga de las semanas mínimas exigidas para acceder a la pensión de vejez o el ahorro suficiente, según el régimen al que pertenezca. Ante los Fondos Privados se denomina devolución de saldos y en el Régimen de Prima Media, indemnización sustitutiva.

Es claro entonces, **que reconocida** la indemnización sustitutiva o devolución de saldos, según el caso, la persona no está obligada a hacer aportes al Sistema Pensional, pues ha terminado su vínculo con este sistema.

Atentamente,

CLAUDIA ALEJANDRA CAICEDO BORRAS
Subdirectora Jurídica de Parafiscales

ELABORÓ: Carlos Cruz
REVISÓ: Maribel González

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19055241		PALACIOS RUBIANO GUSTAVO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1235425790	9480769592	I	2025/02/11	2025/02/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$444,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	19055241	PALACIOS RUBIANO GUSTAVO		0	$0	$0	EPS008	30	$2,069,000	$258,700	CCF24	30	$2,069,000	$41,400	14-23	30	$2,069,000	$144,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$0**	**$0**			**$2,069,000**	**$258,700**			**$2,069,000**	**$41,400**			**$2,069,000**	**$144,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$144,100	$0	$0	$144,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$144,100	$0	$0	$144,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,400	$0	$0	$41,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$41,400	$0	$0	$41,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$258,700	$0	$0	$258,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$258,700	$0	$0	$258,700
TOTAL				1	$444,200	$0	$0	$444,200

2025/02/04 05:41 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.116.499**

PIRACHICAN RUBIO

APELLIDOS

BILLY WILSON

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1982**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

05-SEP-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00158241-M-0080116499-20090601 **0012**025625A 1 1170018770

Medellín, 24 de february de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO identificado(a) con cédula de ciudadanía 80116499 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/02/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PBW TOPOGRAFIA SAS N901452175

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Articulo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Salud Total.

CARTAGENA, Febrero 19 de 2025

Señor:
PIRACHICAN RUBIO BILLY WILSON
CC. 80116499
CL 70 SUR 12 06 ESTE - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 23 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PIRACHICAN RUBIO BILLY WILSON	80116499	C	Feb-23-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SALAZAR BETANCUR JAQUELINE	1042762573	C	Feb-23-2021	52	26	CONYUGE	NO VIGENTE	Ago-5-2022	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
SALAZAR HIJO DE JAQUELINE	173355773	CN	May-16-2022	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-5-2022	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
RUBIO VILLARRAGA BLANCA INES	51566605	C	Ago-5-2022	53	0	PADRES	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO	80116499	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE
COMPAÑIA DE TRANSPORTES DE LA MONTAÑA S A S	80116499	Dependiente	CERRADO
COMPAÑIA DE TRANSPORTES DE LA MONTAÑA S A S	80116499	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO BELLITEL	80116499	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO BELLITEL	80116499	Dependiente	CERRADO
ENTERPRISE MANAGMENT SERVICES SAS	80116499	Dependiente	CERRADO
INTI INGENIERIA TECNOLIGIA E INVESTIGACION SAS	80116499	Dependiente	CERRADO
PBW TOPOGRAFIA SAS	80116499	Dependiente	CERRADO
PBW TOPOGRAFIA SAS	80116499	Dependiente	VIGENTE
TUSOLUCION SAS	80116499	Dependiente	CERRADO
TUSOLUCION SAS	80116499	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

BILLY WILSON PIRACHICAN RUBIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.116.499**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.884.074
NUMERO
PABON TRIANA
APELLIDOS
NIDIA YOLANDA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
17-NOV-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-MAR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
A-1500113-45135901-F-0052884074-20050914
01374 05256N 02 179821876


REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
COPNIA
MATRICULA PROFESIONAL No.
25202100482CND
INGENIERO CIVIL
DE FECHA 18/09/2003
NIDIA YOLANDA
PABON TRIANA
C.C. 52884074
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
PRESIDENTE DEL CONSEJO

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NIDIA YOLANDA PABON TRIANA identificado(a) con Cedula Ciudadania 52884074, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ARQING CONSULTORIA Y COSTRUCCIONES S A S' NIT 900665600, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20160401	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 dias del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27978020

Vigilado Supersubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NIDIA YOLANDA PABON TRIANA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52884074,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ARL | sura

Medellín, 20 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARQING CONSULTORIA Y CONST SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C52884074	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA	01/09/2019		U143211X	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528840742505158330

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/02/2025 16:12:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.173.112, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 66739420
ANGULO LANDAZURI
APELLIDOS
JASMIN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1971
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-SEP-1989 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900008670	**Cédula Usuario:**	CC 52884074
Nombre:	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS				
Dirección:	CARRERA 15 A 124 60 OF 102				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C	
Correo electrónico:	pbssoluciones@gmail.com				
Teléfono:	3106560		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	7111001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA, DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 52884074	NIDIA YOLANDA PABON TRIANA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	139	18/02/2025	CC 66739420	ANGULO LANDAZURI JASMIN	5	6.960	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogota al 3307000.

MB_4_1_1_FR15 v_06

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JASMIN
ANGULO LANDAZURI
66739420

PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS
900008670

COOSALUD
En Pro de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-66739420
Nombres:	JASMIN
Apellidos:	ANGULO LANDAZURI
No. de Carnet:	CEC32E382227403E70BE54981C17F7EB
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	VALLE-BUENAVENTURA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el Tuesday, February 18, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Tuesday, March 18, 2025

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JASMIN ANGULO LANDAZURI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **66.739.420**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **38.472.089**
VALLEJO HURTADO
APELLIDOS
MARLYNG YISELA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1982**
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-NOV-2000 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

A-1700100-00892169-F-0038472089-20170209 0054560136A 2 1834161885

Marlyng Yisela Vallejo Hurtado
C.C. No. 38.472.089 de Buenaventura

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/02/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900008670	**Cédula Usuario:**	CC 52884074
Nombre:	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS				
Dirección:	CARRERA 15 A 124 60 OF 102				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C	
Correo electrónico:	pbssoluciones@gmail.com				
Teléfono:	3106560		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA, DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 52884074	NIDIA YOLANDA PABON TRIANA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	138	18/02/2025	CC 38472089	VALLEJO HURTADO MARLYNG	5	6.960	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogota al 3307000.

MO_4_1_1_FR15 v_06

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

88046154225188EFB2241BFC0EF0F6A0

Certificado impreso el dia 2/17/2025 6:58:21 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

MARLYNG YISELA
VALLEJO HURTADO
38472089

PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS
900008670

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **38472089,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 332615355418
Fecha de radicación 18/02/2025

EPS012

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de trámite	Tipo de afiliación	Régimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: S9

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VALLEJO	HURTADO	MARLYNG	YISELA

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo identificación
CC	38472089	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	02/05/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Pertenece a Sisbén	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		09 - Víctimas del conflicto armado.

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización	Tarifa de cotización cotizante
14-28: ARL Sura	25-14: Colpensiones	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 58 1 97		3207693504	SARAY2823@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio	Localidad/Comuna	
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	2 - COMUNA 2	Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No.	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	IPS MANANTIAL DE VIDA - CRA 38 # 8 - 47	Sede: 17060

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO	CC38472089	

Dirección		Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 58 1 97	0	SARAY2823@HOTMAIL.COM	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 332615355418
Fecha de radicación 18/02/2025

EPS012

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Celular	Email

Fecha de radicación	Fecha de novedad	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	18/02/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la contribución solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio. sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS delagente

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EPS delagente
Formulario No. 332615355418
Fecha de radicación 18/02/2025

EPS012

- ☐ Copia del dictamen de discapacidad emitido por la autoridad competente
- ☐ Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	Boleta SISBEN	Puntaje SISBEN	Nivel SISBEN	Fecha encuesta	Fecha validación

Primer apellido funcionario	Segundo apellido funcionario	Primer nombre funcionario	Segundo nombre funcionario	Cargo del funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:Harold Micolta Moreno, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:hmicoltam@epsdelagente.com.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de EPS delagente e ingresando el código:
Url: https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80.724.186
BOTON GOMEZ
APELLIDOS
CARLOS MAURICIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-JUL-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00157038-M-0080724186-20090520
0011597941A 1
1160036362

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CARLOS MAURICIO BOTON GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 80724186, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ARQING CONSULTORIA Y COSTRUCCIONES S A S' NIT 900665600, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20150508	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 dias del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27977983

Vigilado Supersubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS MAURICIO BOTON GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80724186,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ARL | sura

Medellín, 20 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARQING CONSULTORIA Y CONST SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80724186	BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO	01/09/2019		19223121	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C528840742505158587

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/02/2025 16:16:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.173.112, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
GONZALEZ HURTADO

NUIP 94.440.468

Nombres
JOSE ESTIBEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 NOV 1975

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUENAVENTURA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
23 ABR 1996, BUENAVENTURA

Fecha de expiración
12 OCT 2034

Firma
JOSEESTIBEN

0566228650

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0566228650310 19<<<<<<<<<<<
7511253M3410129COL94440468<<<7
GONZALEZ<HURTADO<<JOSE<ESTIBEN

ARL | sura

Medellín, 03 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JEV TEMPORAL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000122 CONSORCIO FP (RIESGO 5)			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C94440468	GONZALEZ HURTADO JOSE ESTIBEN	04/03/2025		18822428	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/03/2025 14:36:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.221.138, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	94440468
NOMBRES	JOSE ESTIBEN
APELLIDOS	GONZALEZ HURTADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	BUENAVENTURA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	11/10/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/03/2025 14:27:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-5

CERTIFICA QUE:

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.440.468**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA VDRL)

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar, Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-03-04

Nombres y apellidos: JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
Fecha de nacimiento: 25/11/1975
Empresa: JEV TEMPORAL SAS
Empresa usuaria:
Cargo: APOYO LOGISTICO

CC: 94440468
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-03-04 / 10:35:00
Fecha salida: 2025-03-04 / 11:53:50



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
RM: 7652298
Firma y sello del médico

JOSE ESTIBEN GONZALEZ HURTADO
CC: 94440468
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
72.301.051
NUMERO
NAJERA CERA
APELLIDOS
GALDINO OSMAR
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1969
MANATI
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-AGO-1989 MANATI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0302500-00187092-M-0072301051-20091016
0017228760A 1
29724780

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/01/2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900008670	**Cédula Usuario:**	CC 52884074
Nombre:	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS				
Dirección:	CARRERA 15 A 124 60 OF 102				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C	
Correo electrónico:	pbssoluciones@gmail.com				
Teléfono:	3106560		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	7111001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA, DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 52884074	NIDIA YOLANDA PABON TRIANA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	137	17/01/2025	CC 72301051	NAJERA CERA GALDINO	5	6.96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogota al 3307000.

MR_4_1_1_FR15 v_06

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

FD94BD13EABC130CDE23B5BA2056FFA7 Certificado impreso el día 1/16/2025 9:58:19 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

GALDINO OSMAR
NAJERA CERA
72301051
PROYECTOS DE INGENIERIA PBS SAS
900008670

compensar | salud eps

AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 17-01-25

CONTRIBUCIÓN PRO 17 ENE 2025 Cod 633 Maria Tobón Jiménez SUJETO A VERIFICACIÓN

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código asignado por la EPS
A. Afiliación ✓	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ✓	4. Contributivo ✓	Si	A. Cotizante ✓	A. Dependiente 1	
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	5. Subsidiado	No	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectiva			C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional			D. Afiliado adicional		
	D. De oficio					

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

8. Apellidos y nombres							
NAJERA	CERA	GALDINO	OSMAR				
9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	72.301.051	Femenino / Masculino ✓	F / M ✓ / T / NB / Otro / Cual?	COLOMBIANO	COLOMBIA	ATLANTICO / MANATI	26/06/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si / No	Categoría de discapacidad	Si / No	Nivel	Grupo		POSITIVA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
PORVENIR	5000000		CALLE 17 F 115 - 33	
6013871573	3162253598	galdinonajera@yahoo.es	BOGOTA	
BOGOTA	FONTIBON	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres						
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino / Masculino	31. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual?	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Pertenencia étnica	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V001

FOR-EPSVTA-0002

C		
01		
02		
03		
04		
05		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
PROYECTOS DE INGE	NIT	900.008.670-6		
59. Ubicación				
CRA 15 A 124 - 60	3114489923	administrador@arqingco.com	BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de retiro del (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cód.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres		

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Andrea Miranda Patiño

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

CONFIDENCIAL B
17 ENE 2025
Cód 633 María Lucia Tobón Jiménez
UNIDAD VERIFICACION

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

compensar | salud eps

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?		

SI: Correo electrónico: NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado:

No. Identificación: 72.301.051

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** _____

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GALDINO OSMAR NAJERA CERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **72301051,** *no está afiliado/a* al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. Ingreso	234339	Fecha Impresión	18/01/2025
Fecha Ingreso	18/01/2025	Nombre	GALDINO OSMAR NAJERA CERA
CC	72301051	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	INGENIERO	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	26/06/1969	Edad	56
Dirección	SIN DATO	Teléfono	3162253598
Estado Civil	Casado	# Hijos	
Empresa a Laborar	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S.	Fecha de salida	18/01/2025



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRÍA:	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

¡Nota: La empresa no se hace responsable por enmendaduras realizadas a este concepto.

Dr. Rodrigo Alejandro Mendez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
R.M. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MENDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1 032 395.042

Firma del trabajador: GALDINO OSMAR NAJERA CERA
CC:CC72301051

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.026.265.593**

HERRERA GARCIA

APELLIDOS

FREDY LEONARDO

NOMBRES



fredy Herrera
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1989**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-AGO-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01053368-M-1026265593-20181228 **0063**50146A 1 9906999302

ARL | sura

Medellín, 14 de Febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FULKRUM INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1026265593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	01/12/2021		V3825221	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C795011062504554214

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2025 15:03:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.55.65, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	901281307-9	FULKRUM INGENIERIA SAS		CL 53 B 19 05 OF 603	3138641799	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME			BOGOTA D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	03/02/2025	83763342	$1.362.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	202.000	0		0		0	0	0	0	202.000	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protecum (ING + Protecon)	800229739-0	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	1
230301	Porvenir	900228000-6	455.700	0	0	0	0	0	0		455.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860039788-5	150.300				150.300	0	0	150.300			1.503	150.300	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	202.000	0	0	202.000	3

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.000	202.000
Pension	2	807.700	807.700
Riesgos Laborales	1	150.300	150.300
CCF	1	202.000	202.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.362.000	1.362.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901281307-9	FULKRUM INGENIERIA SAS		CL 53 B 19 05 OF 603	3138641799	leon.jose.l3a@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	03/02/2025	83763342	$1.362.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Ingreso	Retiro	Traslado Entrada	Traslado Salida	Sanción	IGE	ITT	LMA	VAC	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SLN	ITT	AVP	AVT	ACT	RET	COR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Aportes	Valor Aporte Voluntario	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Resp.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026586593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	1	0				5																	230301	969.400	91.200	0	0	0	0	EPS008	969.400	22.600	14-11	969.400	5	39.700	CCF22	969.400	22.600	0	0	0	0	0
2	CC	1026586593	HERRERA GARCIA FREDY LEONARDO	1	0				5										1							230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS008	854.100	34.200	14-11	854.100	5	0	CCF22	854.100	34.200	0	0	0	0	0
3	CC	1026271290	LEON MORENO ZYANYA	1	0				5																	230201	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	1	11.502	CCF22	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
4	CC	79001105	LEON CAMARGO JOSE LUIS	1	0				5																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	84.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com [x] Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	FULKRUM INGENIERIA SAS	**Nit:**	901281307
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Enero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2025
Número de radicación:	83763342	**Total a pagar:**	$1,362,000
Fecha de vencimiento:	04/02/2025	**Total de empleados:**	3
Fecha de pago:	03/02/2025	**Número de administradoras:**	5

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	99986[illegible]42
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOOMEVA S.A.	**Número de aprobación:**	1239920310
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Bienvenidos

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com

[x] Cerrar

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	3		$0.00	$150,300
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$352,000
230301	800224808	Porvenir	2		$0.00	$455,700
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	3		$0.00	$202,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	3		$0.00	$202,000
						$1,362,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2025 . Compensar - Cenet S.A.

20 AÑOS | miplanilla.com Especialistas en Seguridad Social

Comfenalco Valle delagente

certicámara

Acerca de los certificados SSL

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: **191.95.55.65**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900665600	8	ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL ARQING	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312448676	94827389?7	E	2025/03/04	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	1	$4,525,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL ARQING (7 Afiliados)					$15,646,439	$2,503,700			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$766,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)					$5,022,250	$803,700			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$26,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)					$5,022,250	$803,700			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$26,400		$0	$0
1	CC 79485815	HERNANDEZ JOSE JAVIER	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
2	CC 52368191	RODRIGUEZ PAEZ SANDRA MIREYA	25-14	30	$1,463,500	$234,200	EPS010	30	$1,463,500	$58,600	CCF24	30	$1,463,500	$58,600	14-11	30	$1,463,500	$7,700	30	$0	$0
3	CC 1015409566	TORRES GONZALEZ JULLY ENIZETH	231001	30	$2,135,250	$341,700	EPS008	30	$2,135,250	$85,500	CCF24	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$11,200	30	$0	$0
Centro de Trabajo: R.5 (4 Afiliados)					$10,624,189	$1,700,000			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$739,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)					$10,624,189	$1,700,000			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$739,600		$0	$0
4	CC 80724186	BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO	25-14	30	$4,411,765	$705,900	EPS008	30	$4,411,765	$176,500	CCF24	30	$4,411,765	$176,500	14-11	30	$4,411,765	$307,100	30	$0	$0
5	CC 1014261904	CIFUENTES PINEDA JONATHAN YESID	25-14	15	$1,423,500	$227,800	EPS005	15	$1,423,500	$57,000	CCF24	15	$1,423,500	$57,000	14-11	15	$1,423,500	$99,100	15	$0	$0
6	CC 1020787399	DIAZ CONSUEGRA LUIS FELIPE	25-14	14	$1,328,600	$212,600	EPS001	14	$1,328,600	$53,200	CCF24	14	$1,328,600	$53,200	14-11	14	$1,328,600	$92,500	14	$0	$0
7	CC 52884074	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA	25-14	30	$3,460,324	$553,700	EPS008	30	$3,460,324	$138,500	CCF24	30	$3,460,324	$138,500	14-11	30	$3,460,324	$240,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(7)**				$15,646,439	$2,503,700			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$766,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900665600	8	ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL ARQING	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312448676	9482738927	E	2025/03/04	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	1	$4,525,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$2,503,700	$1,700	$0	$2,505,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$341,700	$300	$0	$342,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$2,162,000	$1,400	$0	$2,163,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$766,000	$500	$0	$766,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$766,000	$500	$0	$766,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$626,300	$400	$0	$626,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$626,300	$400	$0	$626,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$626,300	$700	$0	$627,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$53,200	$100	$0	$53,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$400,500	$300	$0	$400,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$58,600	$100	$0	$58,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$100	$0	$57,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				7	$4,522,300	$3,300	$0	$4,525,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900008670	6	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL PBS	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1235403426	94811762 17	E	2025/02/18	2025/02/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,266,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL PBS (2 Afiliados)						$4,090,167	$654,500			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$284,800		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)						$4,090,167	$654,500			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$284,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$4,090,167	$654,500			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$284,800		$0	$0
1	CC 72301051	NAJERA CERA GALDINO OSMAR	230201		16	$2,666,667	$426,700	EPS008	16	$2,666,667	$106,700	CCF22	16	$2,666,667	$106,700	14-23	16	$2,666,667	$185,700	16	$0	$0
2	CC 52884074	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA	25-14		30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$4,090,167	$654,500			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$163,700			$4,090,167	$284,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900008670	6	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL PBS	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1235403426	9431176217	E	2025/02/18	2025/02/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,266,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$654,500	$0	$0	$654,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$426,700	$0	$0	$426,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$284,800	$0	$0	$284,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$284,800	$0	$0	$284,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$163,700	$0	$0	$163,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	2	$163,700	$0	$0	$163,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$163,700	$0	$0	$163,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$163,700	$0	$0	$163,700
TOTAL				2	$1,266,700	$0	$0	$1,266,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900008670	6	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INDEPENDIENTE	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1315611725	9482824913	Y	2025/03/18	2025/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$318,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	66739420	ANGULO LANDAZURI JASMIN		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	13	$780,000	$54,300	0	$0	$0
2	CC	79470164	CANO SILVA MAURICIO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	5	$237,250	$16,600	0	$0	$0
3	CC	79620368	GARCIA BERNAL HECTOR HERNANDO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	10	$474,500	$33,100	0	$0	$0
4	CC	53026061	LEON NEISA PAOLA ANDREA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	10	$474,500	$33,100	0	$0	$0
5	CC	53114837	MONROY RODRIGUEZ SANDRA MILENA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	10	$474,500	$33,100	0	$0	$0
6	CC	79705393	SALINAS PAEZ MIGUEL EDWARD		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	5	$237,250	$16,600	0	$0	$0
7	CC	53117481	SANTAMARIA SEGURA SANDRA VIVIANA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	10	$474,500	$33,100	0	$0	$0
8	CC	45499697	TEHERAN CASTAÑEDA FANNY DEL CARMEN		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	10	$800,000	$55,700	0	$0	$0
9	CC	38472089	VALLEJO HURTADO MARLYNG YISELA		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-23	13	$616,850	$43,000	0	$0	$0
Total			Afiliados(9)			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$4,569,350	$318,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$318,600	$0	$0	$318,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	9	$318,600	$0	$0	$318,600
TOTAL				9	$318,600	$0	$0	$318,600

2025/03/10 04:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900665600	8	ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL ARQING	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312448676	94827338927	E	2025/03/04	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	1	$4,525,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL ARQING (7 Afiliados)						$15,646,439	$2,503,700			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$766,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)						$5,022,250	$803,700			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$26,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$5,022,250	$803,700			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$201,100			$5,022,250	$26,400		$0	$0
1	CC	79485815	HERNANDEZ JOSE JAVIER	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
2	CC	52368191	RODRIGUEZ PAEZ SANDRA MIREYA	25-14	30	$1,463,500	$234,200	EPS010	30	$1,463,500	$58,600	CCF24	30	$1,463,500	$58,600	14-11	30	$1,463,500	$7,700	30	$0	$0
3	CC	1015409566	TORRES GONZALEZ JULLY ENIZETH	231001	30	$2,135,250	$341,700	EPS008	30	$2,135,250	$85,500	CCF24	30	$2,135,250	$85,500	14-11	30	$2,135,250	$11,200	30	$0	$0
Centro de Trabajo: R.S (4 Afiliados)						$10,624,189	$1,700,000			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$739,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)						$10,624,189	$1,700,000			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$425,200			$10,624,189	$739,600		$0	$0
4	CC	80724186	BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO	25-14	30	$4,411,765	$705,900	EPS008	30	$4,411,765	$176,500	CCF24	30	$4,411,765	$176,500	14-11	30	$4,411,765	$307,100	30	$0	$0
5	CC	1014261904	CIFUENTES PINEDA JONATHAN YESID	25-14	15	$1,423,500	$227,800	EPS005	15	$1,423,500	$57,000	CCF24	15	$1,423,500	$57,000	14-11	15	$1,423,500	$99,100	15	$0	$0
6	CC	1020787399	DIAZ CONSUEGRA LUIS FELIPE	25-14	14	$1,328,600	$212,600	EPS001	14	$1,328,600	$53,200	CCF24	14	$1,328,600	$53,200	14-11	14	$1,328,600	$92,500	14	$0	$0
7	CC	52884074	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA	25-14	30	$3,460,324	$553,700	EPS008	30	$3,460,324	$138,500	CCF24	30	$3,460,324	$138,500	14-11	30	$3,460,324	$240,900	30	$0	$0
Total			**Afiliados(7)**			$15,646,439	$2,503,700			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$626,300			$15,646,439	$766,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900665600	8	ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL ARQING	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312448676	9482738927	E	2025/03/04	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	1	$4,525,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$2,503,700	$1,700	$0	$2,505,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$341,700	$300	$0	$342,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$2,162,000	$1,400	$0	$2,163,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$766,000	$500	$0	$766,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$766,000	$500	$0	$766,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$626,300	$400	$0	$626,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	7	$626,300	$400	$0	$626,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$626,300	$700	$0	$627,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$53,200	$100	$0	$53,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$400,500	$300	$0	$400,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$58,600	$100	$0	$58,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$100	$0	$57,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				7	$4,522,300	$3,300	$0	$4,525,600

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-03-06 06:41:07 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1070130499

Periodo Cotización 202502 **Periodo Servicio** 202502

Cliente:

PAGADA 2025-03-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA				
Documento	CC 7227618	**Dirección**	CL 53B #19 - 05 APTO 503		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3460633		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 7227618		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ARCHILA MENDOZA OMAR JOHANNY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUSPENSION	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ATEP	Días EPS	Días AFP	Días CCF			Código AFP	Código Tras AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30			230201		16%	$ 1.850.000	$ 448.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.850.000	$ 350.000	$ 0	14-01	1	0.522%	$ 1.850.000	$ 194.900	109101	2%	$ 1.850.000	$ 16.800	0%	$ 0	0%	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 350.000	$ 194.900	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.009.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900008670	6	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL PBS	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312466621	9482551984	E	2025/03/18	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,988,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL PBS (2 Afiliados)					$6,423,500	$1,027,800			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$447,100		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)					$6,423,500	$1,027,800			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$447,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$6,423,500	$1,027,800			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$447,100		$0	$0
1	CC 72301051	NAJERA CERA GALDINO OSMAR	230201	30	$5,000,000	$800,000	EPS008	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
2	CC 52884074	PABON TRIANA NIDIA YOLANDA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total		**Afiliados(2)**			$6,423,500	$1,027,800			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$257,000			$6,423,500	$447,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900008670	6	PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL PBS	CARRERA 15A No.124-60 OF102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106560	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1312466421	9482551984	E	2025/03/18	2025/03/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,988,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,027,800	$0	$0	$1,027,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$800,000	$0	$0	$800,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$447,100	$0	$0	$447,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$447,100	$0	$0	$447,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$257,000	$0	$0	$257,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	2	$257,000	$0	$0	$257,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$257,000	$0	$0	$257,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$257,000	$0	$0	$257,000
TOTAL				2	$1,988,900	$0	$0	$1,988,900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900658450
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSTRUCCIONES CIVILES Y ASESORIAS DEL PACIFICO S A S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO 32-176	TELÉFONO:	2441599
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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7959843257	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1253006673

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	12	$ 2.608.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.608.100	$ 0	$ 2.608.100
230201	230201- PROTECCION	3	$ 782.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 782.800	$ 0	$ 782.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.200	$ 0	$ 15.200
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.400	$ 0	$ 235.400
SUBTOTALES:										**$ 3.641.500**	**$ 0**	**$ 3.641.500**

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
EPS042	EPS042 - COOSALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 28.500
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 237.500
EPS018	EPS018-S.O.S.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 298.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298.300	$ 0	$ 0	$ 298.300
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 117.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 117.800	$ 0	$ 0	$ 117.800
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.900	$ 0	$ 0	$ 114.900
SUBTOTALES:													**$ 911.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 911.000**

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.	18		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.584.600	$ 1.584.600	$ 0	$ 0	$ 1.584.600
SUBTOTALES:									**$ 1.584.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.584.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	18	$ 911.000	$ 0	$ 911.000
SUBTOTALES:			**$ 911.000**	**$ 0**	**$ 911.000**

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 1059045242	MINA RODALLEGAS JHON JAIR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1111770873	CARDOZO VILLEGAS SOFFY LORENA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		01															231001-COLFONDOS	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS012-COMFENALCO VALLE	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 47.450		$ 3.400	1	$ 47.450	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1111771022	LOPEZ REDING LAURA YOHANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1111772862	TENORIO JOHN FREDY	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.583.830	$ 413.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 413.500	EPS018-S.O.S.	30	$ 2.583.830	$ 103.400	$ 0	$ 103.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.583.830		$ 179.900	30	$ 2.583.830	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 103.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1111779259	CAICEDO MARIA FERNANDA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1111792025	ANCHICO ARAGON NAZLY YARLEYSY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		02															25-14 COLPENSIONES	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 94.900		$ 6.700	2	$ 94.900	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900658450
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSTRUCCIONES CIVILES Y ASESORIAS DEL PACIFICO S A S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO 32-176	TELÉFONO:	2441599
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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7959843257	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1253006673

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
7	CC 1111794570	GARCES ZAMORA LUIS CENEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 16486058	VALENCIA OLAVE WILBER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	17																230301-PORVENIR	14	$ 664.300	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 106.300	EPS012-COMFENALCO VALLE	14	$ 664.300	$ 26.600	$ 0	$ 26.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14	$ 664.300		$ 46.300	14	$ 664.300	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 26.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 16498999	FARRUFIA ARROYO ELIAS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 16506929	MARTINEZ QUIÑONES JAIRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	28	30															230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 142.350		$ 10.000	3	$ 142.350	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 16507373	RODALLEGA CASTILLO JESUS ARMANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 1.518.905	$ 243.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.100	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.518.905	$ 60.800	$ 0	$ 60.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.518.905		$ 105.800	30	$ 1.518.905	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 60.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 16508699	PEREA RIVAS MARLON	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 16514154	LONGA RIVAS EZEQUIEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 16945673	LERMA TORRES OSCAR ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1.446.215	$ 231.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.400	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.446.215	$ 57.900	$ 0	$ 57.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.446.215		$ 100.700	30	$ 1.446.215	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 16948978	PANAMENO ANGULO EDWARD ENRIQUE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 66738689	CAICEDO CAICEDO ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 66739512	ALOMIA VARGAS LEONOR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 94442945	RIASCOS RENTERIA JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 2.022.128	$ 323.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 323.600	EPS018-S.O.S.	30	$ 2.022.128	$ 80.900	$ 0	$ 80.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.022.128		$ 140.800	30	$ 2.022.128	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 80.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 7.048.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16493884
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			CARLOS VICENTE CARABALI LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 44 # 44-38	TELÉFONO:	2443303
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**7963574406**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1326074705

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	$ 298.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298.700	$ 0	$ 298.700
SUBTOTALES:										**$ 298.700**	**$ 0**	**$ 298.700**

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
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 233.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 233.400	$ 0	$ 0	$ 233.400
SUBTOTALES:													**$ 233.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 233.400**

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	$ 81.300	$ 81.300	$ 0	$ 0	$ 81.300
SUBTOTALES:									**$ 81.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 81.300**

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	CCM	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 16493884	CARABALI LOPEZ CARLOS VICENTE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 4.000.000				NO	17																230301-PORVENIR	14	$ 1.866.667	$ 298.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 298.700	EPS012-COMFENALCO VALLE	14	$ 1.866.667	$ 233.400	$ 0	$ 233.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14	$ 1.866.667	16493884	$ 81.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 613.400

SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900658450
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSTRUCCIONES CIVILES Y ASESORIAS DEL PACIFICO S A S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO 32-176	TELÉFONO:	2441599
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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7959843257	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1253006673

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	12	$ 2.608.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.608.100	$ 0	$ 2.608.100
230201	230201- PROTECCION	3	$ 782.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 782.800	$ 0	$ 782.800
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.200	$ 0	$ 15.200
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.400	$ 0	$ 235.400
SUBTOTALES:										**$ 3.641.500**	**$ 0**	**$ 3.641.500**

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
EPS042	EPS042 - COOSALUD	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 0	$ 0	$ 114.000
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 28.500
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.500	$ 0	$ 0	$ 237.500
EPS018	EPS018-S.O.S.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 298.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298.300	$ 0	$ 0	$ 298.300
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 117.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 117.800	$ 0	$ 0	$ 117.800
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 114.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.900	$ 0	$ 0	$ 114.900
SUBTOTALES:													**$ 911.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 911.000**

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.	18		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.584.600	$ 1.584.600	$ 0	$ 0	$ 1.584.600
SUBTOTALES:									**$ 1.584.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.584.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	18	$ 911.000	$ 0	$ 911.000
SUBTOTALES:			**$ 911.000**	**$ 0**	**$ 911.000**

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 1059045242	MINA RODALLEGAS JHON JAIR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1111770873	CARDOZO VILLEGAS SOFFY LORENA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		01															231001-COLFONDOS	1	$ 47.450	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.600	EPS012-COMFENALCO VALLE	1	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 1.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 47.450		$ 3.400	1	$ 47.450	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1111771022	LOPEZ REDING LAURA YOHANA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1111772862	TENORIO JOHN FREDY	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.583.830	$ 413.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 413.500	EPS018-S.O.S.	30	$ 2.583.830	$ 103.400	$ 0	$ 103.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.583.830		$ 179.900	30	$ 2.583.830	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 103.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1111779259	CAICEDO MARIA FERNANDA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	$CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1111792025	ANCHICO ARAGON NAZLY YARLEYSY	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI		02															25-14 COLPENSIONES	2	$ 94.900	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 15.200	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 94.900	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 94.900		$ 6.700	2	$ 94.900	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900658450
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONSTRUCCIONES CIVILES Y ASESORIAS DEL PACIFICO S A S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO 32-176	TELÉFONO:	2441599
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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7959843257	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1253006673

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
7	CC 1111794570	GARCES ZAMORA LUIS CENEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 16486058	VALENCIA OLAVE WILBER	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	17																230301-PORVENIR	14	$ 664.300	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 106.300	EPS012-COMFENALCO VALLE	14	$ 664.300	$ 26.600	$ 0	$ 26.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	14	$ 664.300		$ 46.300	14	$ 664.300	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 26.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 16498999	FARRUFIA ARROYO ELIAS	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 16506929	MARTINEZ QUIÑONES JAIRO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI	28	30															230301-PORVENIR	3	$ 142.350	$ 22.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 22.800	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 142.350	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3	$ 142.350		$ 10.000	3	$ 142.350	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 16507373	RODALLEGA CASTILLO JESUS ARMANDO	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 1.518.905	$ 243.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.100	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.518.905	$ 60.800	$ 0	$ 60.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.518.905		$ 105.800	30	$ 1.518.905	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 60.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 16508699	PEREA RIVAS MARLON	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 16514154	LONGA RIVAS EZEQUIEL	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 16945673	LERMA TORRES OSCAR ANDRES	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1.446.215	$ 231.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.400	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.446.215	$ 57.900	$ 0	$ 57.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.446.215		$ 100.700	30	$ 1.446.215	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 16948978	PANAMENO ANGULO EDWARD ENRIQUE	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 66738689	CAICEDO CAICEDO ANGELICA MARIA	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 66739512	ALOMIA VARGAS LEONOR	DEPEND		$ 1.423.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100	30	$ 1.423.500	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 94442945	RIASCOS RENTERIA JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 2.022.128	$ 323.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 323.600	EPS018-S.O.S.	30	$ 2.022.128	$ 80.900	$ 0	$ 80.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.022.128		$ 140.800	30	$ 2.022.128	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 80.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 7.048.100

Planilla Pagada

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	900465129-1	METRIC IOC		calle 57 N 7-40 of 401	3123722161	metricioc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	25/02/2025	84144930	$445.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	15	600	0	57.600	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
230301	Porvenir	800224808-0	227.800	0	0	0	0	15	2.300	0	230.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	15	1.000	100.100			991	100.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.000	15	600	57.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	57.000	57.600
Pensión	1	227.800	230.100
Riesgos Laborales	1	99.100	100.100
CCF	1	57.000	57.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	440.900	445.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900465129-1	METRIC IOC	calle 67 N 7-40 of 401	3123722161	metricioc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C – MIPYME		BOGOTA D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	25/02/2025	84144930	$445.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Actúa	Extranjero	Cotiza Exterior	Estudiante	IRP	RET	TDP	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC APF	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	74379160	VERGARA GONZALEZ IVAN FERNANDO	1	0			5																230301	1.423.600	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.600	57.000	9423	1.423.600	5	99.100	CCF24	1.423.600	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	66739420
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			JASMIN ANGULO LANDAZURI
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	VALLE	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4593839250**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991926001

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	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.300	$ 0	$ 106.300
SUBTOTALES:										**$ 106.300**	**$ 0**	**$ 106.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 83.100
SUBTOTALES:													**$ 83.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 83.100**

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 66739420	ANGULO LANDAZURI JASMIN	INDEPEND		$ 1.423.500				NO	17																	230301-PORVENIR	14	$ 664.300	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 106.300	ESSC24-COOSALUD ESS	14	$ 664.300	$ 83.100	$ 0	$ 83.100			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 189.400**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	38472089
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	BUENAVENTURA	TELÉFONO:	0000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4594152897	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES:	febrero	AÑO: 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0001026058

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	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 106.300	$ 0	$ 106.300
SUBTOTALES:										$ 106.300	$ 0	$ 106.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 83.100
SUBTOTALES:													$ 83.100	$ 0	$ 0	$ 83.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINED.
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIA MAYOR	EXTRANJERO	REPORTA PARA TRASLADO A EPS	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	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 38472089	VALLEJO HURTADO MARLYNG YISELA	INDEPEND		$ 1.423.500				NO	17																25-14 COLPENSIONES	14	$ 664.300	$ 106.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 106.300	EPS012-COMFENALCO	14	$ 664.300	$ 83.100	$ 0	$ 83.100			$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 189.400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

CONSORCIO FP	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-017
		Versión: 00
	Notificación de Riesgo	Enero de 2025
		Página 1 de 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: | *CONTRATO:* 4335-2024

Descripción: A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

X	Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones	X	Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos.
X	Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones	X	Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras
		X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos
X	Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica
X	Seguridad: Intervención de vías	X	Psicosociales: Turnos
X	Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos	X	Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

Notificación al Derecho de examen de egreso Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Caldino Mayra Cesa identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7230151 de Manati Atl.

Conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, la cual se firma el día 18 de Febrero en la ciudad de Bta.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 7230151.

Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-017
		Versión: 00
	Notificación de Riesgo	Enero de 2025
		Página 1 de 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: | *CONTRATO:* 4335-2024

Descripción: A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo. (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

X	Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones	X	Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos,
X	Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones	X	Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras
		X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos
X	Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica
X	Seguridad: Intervención de vías	X	Psicosociales: Turnos
X	Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos	X	Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

Notificación al Derecho de examen de egreso Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones médicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Marling Valera. identificado con la Cédula de Ciudadanía No 38472089 de B/quilla

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 14 de Febrero en la ciudad de B/quilla.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C 38472089 B/quilla

Powered by CamScanner

CONSORCIO IP	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-017
		Versión: 00
	Notificación de Riesgo	Enero de 2025
		Página 1 de 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: | CONTRATO: 4335-2024

Descripción: A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo (marque con una X, según corresponda)



Riesgos existentes

X	Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones	X	Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos
X	Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones	X	Biológico: animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras.
		X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobresfuerzos
X	Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica
X	Seguridad: Intervención de vías	X	Psicosociales: Turnos
X	Riesgo Público: robos, atracos, atentados, asaltos	X	Fenómenos naturales: sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han delimitado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra
- Todo el personal de obra como apoyo a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad

Notificación al Derecho de examen de egreso Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2007 en su "artículo 5. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, evade, dificulta o dilata el examen cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el medico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Marcelos Quintero identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 16-345[illegible] de _____

Conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, la cual se firma el día 1 de 03. en la ciudad de _____

Valla Residente SST-HA

Marcelos Q-T

Firma de Notificado C.C.

Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	SISTEMA DE GESTIÓN	SST-FT-017
		Versión: 00
	Notificación de Riesgo	Enero de 2025
		Página 1 de 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

PARA: | *CONTRATO:* 4335-2024

Descripción: A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X" según corresponda)



Riesgos existentes:

X	Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones	X	Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos.
X	Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones	X	Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras.
		X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos
X	Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica
X	Seguridad: intervención de vías	X	Psicosociales: Turnos
X	Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos	X	Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m. y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

Notificación al Derecho de examen de egreso Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones médicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar

Yo JOSE ESTIBEN GOM identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 94.440.468 de Bta.

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 4 de Marzo en la ciudad de Bta.

VoBo Residente SST-MA

JOSE ESTIBEN
Firma del Notificado C.C. 94.440.468

Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION	Codigo: SST-FT-015 Version: 00 Fecha: Enero de 2025 Pagina: 1 de 1

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

TEMA ESPECIFICOS:

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad Industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI). Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad Industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente – Divulgación de medidas de bioseguridad

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo D.	COMPAÑIA: CONSORCIO FP
FECHA (DD/MM/AA): 18-02-25	CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x):				TIPO (indique con una x):				Duracion (Horas):
Capacitació		Charla	X	Externo		Reinducción		1/2 hora.
Reunión		OTRO		Interno	X	Entrenamiento		

No	DOC. IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO	FIRMA
1	38472089	Marling Vallejo.	profesional soc	
2	72301051	Goldino Najero	Ing. residente x/2	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

Powered by CamScanner

Cc	REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION	Código: SST-FT-005 Versión: 02 Fecha: Enero de 2025 Página: 1 de 1
CONSORCIO FP		

Objeto: "EJECUTAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN VELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA"

TEMA ESPECIFICOS:

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicina laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de protección individual (EPI), Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del CONSORCIO FP Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. - Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angie D.

EMPRESA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 04-03-25

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (marque con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Examen ☐ Reinducción ☐ Interna ☒ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 1/2 hora

No	DOC. IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO	FIRMA
1	1694568?	Jhonny A. Quintero	Aux. Logistica	
2	94494468	Jose S. Gonzales	Aux. Logistica	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	EVALUACION DE INDUCCIÒN - REINDUCCIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-FOT-016 Enero de 2025 V 00

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

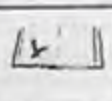
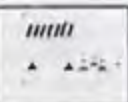
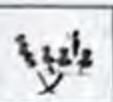
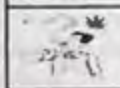
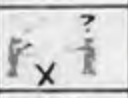
NOMBRE: Yhon Carlos Quintero torres FECHA: 03-03-25

CARGO: Auxiliar de logistica CONTRATISTA Consorcio / JEI temporal

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

				
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el area de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO, DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No violar las normas reglamentarias frente a las prohibiciones.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)

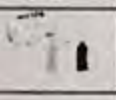
RTA:
- Contrato de trabajo
- Examen medico de ingreso.

1

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

Despues de 2 dias	X Inmediatamente
Despues de 8 dias	Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 0.50

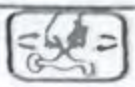
RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		2
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		1



Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-FOT-016 Ex ierode2015 V.00

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias (Valor total de 1 punto)

 X	 X		 X	 X
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la usen	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	X
2	El trabajador debe usar sus elementosdeproteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	/
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos de l alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Jasmin Angulo	Fecha: 03-03-25	Calificacion: 5.50	APROBADO SI X NO [ ]

Powered by CamScanner

CONSORCIO III	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-FOT-016 Enero de 2015 V 00

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

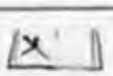
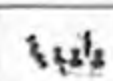
NOMBRE: Asociados en Actividad 0 FECHA: 04-03-25

CARGO: Guarda de Seguridad (vigilante) CONTRATISTA JEV Temporales

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

				
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el area de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA:
- No Embriagarse.
- No Fumar - tabaco.
- Cumplir con las normas.

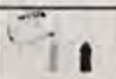
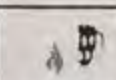
4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 1

RTA: Hoja de vida. copia de cedula Examenes de Ingreso.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

Despues de 2 dias	X Inmediatamente
Despues de 5 dias	Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

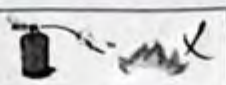
RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Powered by CamScanner

CONSORCIO FP	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST-FOT-016 Enero de 2025 V.00

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

 X		 X	 X	 X
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades laborales		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia.	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

Calificado por: Jasmin Angulo	Fecha: 04-03-25	Calificacion: 07.	APROBADO: SI X NO [ ]

Powered by CamScanner

Ct	REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS	Codigo: SST-F-009 Version: 05 Fecha: Enero de 2025 Pagina: 1 de 1
CONSORCIO FP		

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACION DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METALICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

uso adecuado de los EPP.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

EMPRESA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 17-03-25

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Interno [ ] Sensibilización [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (horas):

No	DOC. IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO	FIRMA
1	1143945261	Jose E. Fonseca Acosta	Aux de Ingenieria	
2	16A°7.7920	Rivaldo Rodriguez Quintero	Auxiliar	
3	16 9 47 662	Yhang Carlo Quintero	Aux Logistica	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

OBSERVACION:

FIRMA RESPONSABLE DEL AREA

Powered by CamScanner

Tabla 1. Categoria del daño

CATEGORIA DEL DAÑO	DAÑO LEVE	DAÑO MODERADO	DAÑO EXTREMO
Salud	Molestias e irritación (ejemplo: Dolor de cabeza); Enfermedad temporal que produce	Enfermedades que causan incapacidad temporal. Ejemplo: pérdida parcial de la audición; dermatitis; asma; desordenes de las extremidades superiores.	Enfermedades agudas o crónicas; que generan incapacidad permanente parcial, invalidez o muerte.
Seguridad	Lesiones superficiales; heridas de poca profundidad, contusiones; irritaciones del ojo por material particulado.	Laceraciones; heridas profundas; quemaduras de primer grado; conmoción cerebral; esguinces graves; fracturas de huesos cortos.	Lesiones que generen amputaciones; fracturas de huesos largos; trauma cráneo encefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; alteraciones severas de mano, de columna vertebral con compromiso de la medula espinal, oculares que comprometan el campo visual; disminuyan la capacidad auditiva.

Tabla 2. Determinación del nivel de deficiencia

Nivel de deficiencia	Valor de ND	Significado
Muy Alto (MA)	10	Se ha(n) detectado peligro(s) que determina(n) como posible la generación de incidentes o consecuencias muy significativas, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo es nula o no existe, o ambos.
Alto (A)	6	Se ha(n) detectado algún(os) peligro(s) que pueden dar lugar a consecuencias significativa(s), o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambos.
Medio (M)	2	Se han detectado peligros que pueden dar lugar a consecuencias poco significativa(s) o de menor importancia, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es moderada, o ambos.
Bajo (B)	1	No se ha detectado consecuencia alguna, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta, o ambos. El riesgo está controlado. Estos peligros se clasifican directamente en el nivel de riesgo y de intervención cuatro (IV) Véase tabla 8.

Tabla 3. Determinación del nivel de exposición

Nivel de	Valor de NE	Significado
Continua (EC)	4	La situación de exposición se presenta sin interrupción o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral.
Frecuente (EF)	3	La situación de exposición se presenta varias veces durante la jornada laboral por tiempos cortos.
Ocasional (EO)	2	La situación de exposición se presenta alguna vez durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto.
Esporádica (EE)	1	La situación de exposición se presenta de manera eventual.

Tabla 4. Determinación del nivel de probabilidad

Niveles de Probabilidad		Nivel de Exposición (NE)			
		4	3	2	1
Nivel de deficiencia (ND)	10	MA – 40	MA – 30	A –20	A - 10
	6	MA – 24	A – 18	A – 12	M - 6
	2	M – 8	M – 6	B – 4	B – 2

Tabla 5. Significado de los diferentes niveles de probabilidad

Nivel de Probabilidad	Valor de NP	Significado
Muy Alto (MA)	Entre 40 y 24	Situación deficiente con exposición continua, o muy deficiente con exposición frecuente. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia
Alto (A)	Entre 20 y 10	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica La materialización del Riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral
Medio (M)	Entre 8 y 6	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. Es posible que suceda el daño alguna vez.
Bajo (B)	Entre 4 y 2	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

Tabla 6. Determinación del nivel de Consecuencias

Nivel de Consecuencias	NC	Significado
		Daños Personales
Mortal o Catastrófico (M)	100	Muerte (s)
Muy grave (MG)	60	Lesiones o enfermedades graves irreparables (Incapacidad permanente parcial o invalidez)
Grave (G)	25	Lesiones o enfermedades con incapacidad laboral temporal (ILT)
Leve (L)	10	Lesiones o enfermedades que no requieren incapacidad

Tabla 7. Determinación del nivel de riesgo

Nivel de riesgo NR = NP x NC		Nivel de Probabilidad (NP)			
		40-24	20-10	8-6	4-2
Nivel de Consecuencias (NC)	100	I 4000-2400	I 2000-1200	I 800-600	II 400-200
	60	I 2400-1440	I 1200-600	II 480-360	II 240 III 120
	25	I 1000-600	II 500 – 250	II 200-150	III 100- 50
	10	II 400-240	II 200 III 100	III 80-60	III 40 IV 20

Tabla 8. Significado del nivel de riesgo

Nivel de Riesgo y de intervención	Valor de NR	Significado
I	4000-600	Situación crítica. Suspender actividades hasta que el riesgo esté bajo control. Intervencion urgente.
II	500 – 150	Corregir y adoptar medidas de control de inmediato.

III	120 – 40	Mejorar si es posible. Sería conveniente justificar la intervención y su rentabilidad
IV	20	Mantener las medidas de control existentes, pero se deberían considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprobaciones periódicas para asegurar que el riesgo aún es aceptable

Tabla 9. Ejemplo de aceptabilidad del riesgo

Nivel de Riesgo	Significado Explicación	
I	No Aceptable	Situación crítica, corrección urgente
II	No Aceptable o Aceptable con control específico	Corregir o adoptar medidas de control
III	Mejorable	Mejorar el control existente
IV	Aceptable	No intervenir, salvo que un análisis más preciso lo justifique

DETERMINACIÓN CUALITATIVA DEL NIVEL DE DEFICIENCIA DE LOS PELIGROS HIGIÉNICOS

Cuando no se tienen disponibles mediciones de los peligros higiénicos, se pueden utilizar algunas escalas para determinar el nivel de deficiencia y así poder iniciar la valoración de los riesgos que se puedan derivar de estos peligros en forma sencilla, teniendo en cuenta que su elección es subjetiva y pueden cometerse errores. Deben ser consideradas adicionalmente las condiciones particulares presentes en actividades y trabajos especiales.

Algunas de éstas son:

FÍSICOS ILUMINACIÓN

MUY ALTO: Ausencia de luz natural o artificial.
ALTO Deficiencia de luz natural o artificial con sombras evidentes y dificultad para leer.
MEDIO. Percepción de algunas sombras al ejecutar una actividad (escribir)
BAJO Ausencia de sombras

RUIDO

MUY ALTO No escuchar una conversación a una intensidad normal a una distancia menos de 50 cm
ALTO Escuchar la conversación a una distancia de 1 m a una intensidad normal
MEDIO Escuchar la conversación a una distancia de 2 m a una intensidad normal
BAJO No hay dificultad para escuchar una conversación a una intensidad normal a más de 2 m.

RADIACIONES IONIZANTES

MUY ALTO: Exposición frecuente (una o más veces por jornada o turno)
ALTO: Exposición regular (una o más veces en la semana)
MEDIO: Ocasionalmente y/o vecindad
BAJO: Rara vez, casi nunca sucede la exposición

Nota: Cuando se tenga sospecha de que hay exposición a un agente altamente radiactivo en la labor desempeñada, necesariamente tendrá que hacerse mediciones para determinar el nivel de exposición en referencia al TLV correspondiente (Véase Anexo E), sin dejar de valorarlo cualitativamente mientras obtiene las mediciones, teniendo en cuenta criterios como riesgos presentes en trabajos similares, información de entes especializados, etc.

RADIACIONES NO IONIZANTES

MUY ALTO: Ocho horas (8) o más de exposición por jornada o turno
ALTO: Entre seis (6) horas y ocho (8) horas por jornada o turno
MEDIO: Entre dos (2) y seis (6) horas por jornada o turno
BAJO: Menos de dos (2) horas por jornada o turno

TEMPERATURAS EXTREMAS

MUY ALTO: Percepción subjetiva de calor o frío en forma inmediata en el sitio
ALTO: Percepción subjetiva de calor o frío luego de permanecer 5 min en el sitio
MEDIO: Percepción de algún Disconfort con la temperatura luego de permanecer 15 min
BAJO: Sensación de confort térmico

VIBRACIONES

MUY ALTO: Percibir notoriamente vibraciones en el puesto de trabajo
ALTO: Percibir sensiblemente vibraciones en el puesto de trabajo
MEDIO: Percibir moderadamente vibraciones en el puesto de trabajo
BAJO: Existencia de vibraciones que no son percibidas

BIOLOGICOS

VIRUS, BACTERIAS, HONGOS Y OTROS

MUY ALTO: Provocan una enfermedad grave y constituye un serio peligro para los trabajadores. Su riesgo de propagación es elevado y no se conoce tratamiento eficaz en la actualidad.
ALTO: Pueden provocar una enfermedad grave y constituir un serio peligro para los trabajadores. Su riesgo de propagación es probable y generalmente existe tratamiento eficaz.
MEDIO: Pueden causar una enfermedad y constituir un peligro para los trabajadores. Su riesgo de propagación es poco probable y generalmente existe tratamiento eficaz.
BAJO: Poco probable que cause una enfermedad. No hay riesgo de propagación y no se necesita tratamiento.

BIOMECÁNICOS POSTURA

MUY ALTO: Posturas con un riesgo extremo de lesión musculoesquelética. Deben tomarse medidas correctivas inmediatamente.
ALTO: Posturas de trabajo con riesgo probable de lesión. Se deben modificar las condiciones de trabajo tan pronto como sea posible.
MEDIO: Posturas con riesgo moderado de lesión musculoesquelética sobre las que se precisa una modificación, aunque no inmediata.
BAJO: Posturas que se consideran normales, sin riesgo de lesiones musculoesquelética, y en las que no es necesaria ninguna acción.

MOVIMIENTOS REPETITIVOS

MUY ALTO: Actividad que exige movimientos rápidos y continuos de los miembros superiores, a un ritmo difícil de mantener (ciclos de trabajo menores a 30 s ó 1 min, o concentración de movimientos que utiliza pocos músculos durante más del 50 % del tiempo de trabajo).
ALTO: Actividad que exige movimientos rápidos y continuos de los miembros superiores, con la posibilidad de realizar pausas ocasionales (ciclos de trabajo menores a 30 segundos 1 min, o concentración de movimientos que utiliza pocos músculos durante más del 50 % del tiempo de trabajo).
MEDIO: Actividad que exige movimientos lentos y continuos de los miembros superiores, con la posibilidad de realizar pausas cortas.
BAJO: Actividad que no exige el uso de los miembros superiores, o es breve y entrecortada por largos periodos de pausa.

ESFUERZO

MUY ALTO: Actividad intensa en donde el esfuerzo es visible en la expresión facial del trabajador y/o la contracción muscular es visible.
ALTO: Actividad pesada, con resistencia.
MEDIO: Actividad con esfuerzo moderado.
BAJO: No hay esfuerzo aparente, ni resistencia, y existe libertad de movimientos.

MANIPULACIÒN MANUAL DE CARGAS

MUY ALTO: Manipulación manual de cargas con un riesgo extremo de lesión musculoesquelética. Deben tomarse medidas correctivas inmediatamente.
ALTO: Manipulación manual de cargas con riesgo probable de lesión. Se deben modificar las condiciones de trabajo tan pronto como sea posible.
MEDIO: Manipulación manual de cargas con riesgo moderado de lesión musculoesquelética sobre las que se precisa una modificación, aunque no inmediata.
BAJO: No se manipulan cargas o si se realiza, no se evidencian riesgos de lesiones musculoesquelética. No es necesaria ninguna acción

Nota: Para calificar los peligros biomecánicos de forma más detallada puede tomarse como base las NTC relacionadas con ergonomía NTC – 5693-1, NTC – 5693-2, NTC – 5693 -3, NTC – 5723, NTC – 5748, entre otras.

PSICOSOCIALES

MUY ALTO: Nivel de riesgo con alta posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés.
Por consiguiente las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.
ALTO: Nivel de riesgo que tiene una importante posibilidad de asociación con respuestas de estrés alto y por tanto, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención, en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.
MEDIO: Nivel de riesgo en el que se esperaría una respuestas de estrés moderada, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemática de intervención para prevenir efectos perjudiciales en la salud.
BAJO: No se espera que los factores psicosociales que obtengan puntuaciones de este nivel estén relacionados con síntomas o respuestas de estrés significativas. Las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de intervención, con el fin de mantenerlos en los niveles de riesgo más bajos posibles

NOTA Esta escala corresponde a la interpretación genérica de los niveles de riesgo psicosocial intralaboral propuesta en la batería de instrumentos para evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de la Protección Social 2010. Este documento permite la cuantificación de riesgo psicosocial.

QUÍMICOS

Para determinar el nivel de deficiencia de los peligros químicos (sólidos, líquidos, gaseosos) se recomienda utilizar:

Nivel de Deficiencia (Tabla 2. Determinación Nivel de Deficiencia)	Nivel de peligrosidad	Salud	Inflamabilidad	Reactividad
MUY ALTO	4	Sustancias o Mezclas que con una muy corta exposición puedan causar la muerte o daño permanente aún en caso de atención médica inmediata. **Ej. Ácido Fluorhídrico.**	Sustancias o Mezclas que se vaporizan rápido o completamente a la temperatura a presión atmosférica ambiental, o que se dispersan y se queman fácilmente en el aire, como el propano. Tienen un punto de inflamabilidad por debajo de 23 °C (73 °F).	Fácilmente capaz de detonar o descomponerse explosivamente en condiciones de temperatura y presión normales. **Ej. Nitroglicerina, RDX.**
ALTO	3	Sustancias o Mezclas que bajo una corta Exposición, pueden causar daños temporales o permanentes aunque se dé pronta atención médica. **Ej. Hidróxido de potasio.**	Líquidos y sólidos que pueden encenderse en casi todas las condiciones de temperatura ambiental, como la gasolina. Tienen un punto de inflamabilidad entre 23 °C (73 °F) y 38 °C (100 °F).	Capaz de detonar o descomponerse explosivamente pero requiere una fuente de ignición, debe ser calentado bajo confinamiento antes de la ignición, reacciona explosivamente con agua o detonará si recibe una descarga eléctrica fuerte. **Ej. Flúor.**
MEDIO	2	Sustancias o Mezclas que bajo su exposición intensa o continua puede causar incapacidad temporal o posibles daños permanentes, a menos que se de tratamiento médico rápido. **Ej. Trietanolamina.**	Sustancias o Mezclas que deben calentarse moderadamente o exponerse a temperaturas altas antes de que ocurra la ignición, como el petrodiésel. Su punto de inflamabilidad oscila entre 38°C (100 °F) y 93 °C (200 °F).	Experimenta cambio químico violento en condiciones de temperatura y presión elevadas, reacciona violentamente con agua o puede formar mezclas explosivas con agua. **Ej. Fósforo, compuestos del potasio, compuestos del sodio.**
BAJO	1	Sustancias o Mezclas que bajo su exposición causan irritación pero sólo daños residuales menores aún en ausencia de tratamiento médico. **Ej. Glicerina.**	Sustancias o Mezclas que deben precalentarse antes de que ocurra la ignición, cuyo punto de inflamabilidad es superior a 93 °C (200 °F).	Normalmente estable, pero puede llegar a ser inestable en condciones de temperatura y presión elevadas. **(Ej. Acetileno).**
	0	Sustancias o Mezclas que bajo su exposición en condiciones de incendio no ofrecen otro peligro que el de material combustible ordinario. ***Ej. Hidrógeno.***	Sustancias o Mezclas que no se queman, como el agua, expuestos a una temperatura de 815.5 °C (1500 °F) por más de 5 min.	Normalmente estable, incluso bajo exposición al fuego y no es reactivo con agua. **Ej. Helio**

NOTA La tabla presentada es una adaptación de la NFPA 704.

1. Se debe determinar el Nivel de Deficiencia y de Exposición de acuerdo a las siguientes tablas:

Determinación del nivel de deficiencia

ND

Nivel de deficiencia		Valor de ND	Significado
Muy alto	MA	10	Se han Detectado peligros(s) que determina(n) como posible la generacion de incidentes, o la eficiencia del conjunto de medidas preventivas exitentes respecto al riesgo es nula o no existe, o ambos.
Alto	A	6	Se ha(n) detectado algun(os) peligro(s) que pueden dar lugar a incerdente(s) significtivo(s), o la eficacia del onjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambas.
Medio	M	2	Se han detectado peligros que pueden dar lugar a incidentes poco significativos o de menor importancia, o a eficacia del conjunto de medidas provntivas existentes es moderada, o ambas.
Bajo	B		No se han detectado peligros o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta. O ambas. El riesgo esta controlado. Estos peligros se clasifican directamente en el nivel de riesgo y de intervención cuatro (ver tabla de significado de nivel de riesgo)

Determinación del nivel de exposición

NE

Nivel de exposición		Valor de NE	Significado
Continua	EC	4	La situación de exposición se presenta sin interrupcion o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral.
Frecuente	EF	3	La situación de exposición se presenta varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral por tiempos cortos.
Ocasional	EO	2	La situación de exposición se presenta algunas veces durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto.
Esporádica	EE	1	La situación de exposición se presenta de manera eventual.

2. Del producto del ND y NE, se optiene el nivel de probabilidad que se interpreta según la siguiente tabla:

Nivel de probabilidad (NP)		Nivel de exposición (NE)			
		4	3	2	1
Nivel de deficiencia (ND)	10	MA -40	MA -30	A -20	A -10
	6	MA -24	A-8	A - 12	M -6
	2	M -8	M -6	B -4	B -2

El significado de los diferentes niveles de probabilidades se presenta en la tabla:

NP

Nivel de probabilidad		Valor de NP	Significado
Muy alto	MA	Entre 40 y 24	Situación deficiente con exposición continua, o muty deficiente con exposición frecuente.
Alto	A	Entre 20 y 10	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasonal, o bien situación muy deficiente con exposición ocacional o exporadica. La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral.
Medio	M	Entre 8 y 6	Situacion deficiente con exposicion exporadica, bien situacion mejorable con exposicon continuada o frecuente. Es posible que suceda daño alguna vez.
Bajo	B	Entre 4 y 2	Situación mejorable con exposición ocacional o eporadica, o situación sin anomalia destacable concualquier nivle de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebibl.

3. Se hace necesario determinar el nivel de Consecuencia según la siguiente tabla, teniendo en cuenta la consecuencia directa más grave que se pueda presentar en la actividad valorada:

NC

Nivel de Consecuencia		Valor de NC	Significado
Mortal o Catstrofico	M	100	Muerte(s)
Muy Grave	MG	60	Lesiones o enfermedades graves irreparables (Incapacidad permanente parcial i invalidez)
Grave	G	25	Lesiones o enfermedades con incapacidad laboral temporal
Leve	L	10	Lesiones o enfermedades que no requieren incapacidad

4. Con los resultados del NP y NC se obtiene el nivel de riesgo el cual se interpreta de acuerdo con lo criterios de la siguiente tabla:

NR

Nivel de riesgo y de intervencion (NP * NC=NR)		Nivel de probabilidad (NP)							
		40	24	20	10	8	6	4	2
Nivel de consecuencia (NC)	100	I	4000 2400	I	2000 1000	I	800 600	II	400 200
	60	I	2400 1440	I	1200 600	II	480 360	II	240 III 120
	25	I	1000 600	II	500 250	II	200 150	III	100 50
	10	I	400 240	II	200 III 100	III	80 60	III	40 IV 20

El significado de los diferentes niveles de riesgo se presenta en la tabla:

Nivel del riesgo	Valor de NR	Significado
I	4000-600	Situación critica. Suspender actividades hasta que el riesgo este bajo control. Intervención urgente
II	500-150	Corregir y adoptar medidas de control de inmediato
III	120-40	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervancion y su rentabilidad
IV	20	Mantener las medidas de control existenetes, pero se deberian considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprebaciones periódicas

5. Se define la aceptablidad del riesgo de acuerdo a ala siguiente tabla:

Nivel del riesgo	Valor de NR	Valor de NR
I	No aceptable	Situación crítica, corrección Urgente
II	aceptable con	Corregir o apodtar medidas de control
III	Mejorable	Mejorar el control existente
IV	Aceptable	No interrumpir, salvo que un análisis mas preciso lo justifique

1. OBJETIVO

Establecer la metodología que permita identificar los peligros, evaluar y priorizar los riesgos que puedan afectar la Seguridad y Salud en el Trabajo; estableciendo los controles necesarios para la promoción de ambientes de trabajo seguros y saludables en la empresa.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos y actividades rutinarias y no rutinarias, y a todo el personal de planta y contratistas de la empresa.

3. RESPONSABILIDAD

El responsable de SST y él asistente administrativo debe controlar y garantizar la mejora continua de este procedimiento dentro del SG-SST.

4. DEFINICIONES

Actividad rutinaria. Actividad que forma parte de un proceso de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

Actividad no rutinaria. Actividad que no se ha planificado ni estandarizado, dentro de un proceso de la organización o actividad que la organización determine como no rutinaria por su baja frecuencia de ejecución.

Análisis del riesgo. Proceso para comprender la naturaleza del riesgo.

Consecuencia. Resultado, en términos de lesión o enfermedad, de la materialización de un riesgo, expresado cualitativa o cuantitativamente.

Enfermedad Laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. (Ley 1562 de 2012)

Equipo de protección personal. Dispositivo que sirve como medio de protección ante un peligro y que para su funcionamiento requiere de la interacción con otros elementos. Ejemplo, Sistema de detención contra caídas.

Evaluación higiénica. Medición de los peligros ambientales presentes en el lugar de trabajo para determinar la exposición ocupacional y riesgo para la salud, en comparación con los valores fijados por la autoridad competente.

Evaluación del riesgo. Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad.

Exposición. Situación en la cual las personas se encuentran en contacto con los peligros.

Identificación del peligro. Proceso para reconocer si existe un peligro.

Nivel de consecuencia (NC). Medida de la severidad de las consecuencias.

Nivel de deficiencia (ND). Magnitud de la relación esperable entre (1) el conjunto de peligros detectados y su relación causal directa con posibles incidentes y (2), con la eficacia de las medidas preventivas existentes en un lugar de trabajo.

Nivel de exposición (NE). Situación de exposición a un peligro, que se presenta en un tiempo determinado durante la jornada laboral.

Nivel de probabilidad (NP). Producto del nivel de deficiencia por el nivel de exposición.

Nivel de riesgo. Magnitud de un riesgo resultante del producto del nivel de probabilidad por el nivel de consecuencia.

Nivel de exposición (NE). Situación de exposición a un peligro, que se presenta en un tiempo determinado durante la jornada laboral

Peligro. Fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas, o una combinación de estos.

Probabilidad. Grado de posibilidad que ocurra un evento no deseado y pueda producir consecuencias.

Riesgo. Combinación de la probabilidad de que ocurra(n) un(os) evento(s) o exposición(es) peligroso(s) y la severidad de lesión o enfermedad, que puede ser causada por el(los) evento(s) o exposición(es).

Riesgo aceptable. Riesgo que ha sido reducido a un nivel que la organización puede tolerar, respecto a sus obligaciones legales y su propia política en seguridad y salud ocupacional.

SST: Seguridad y salud en el trabajo

Valoración de los riesgos. Proceso de evaluar los riesgos que surgen de un peligro, teniendo en cuenta la suficiencia de los controles existentes y decidir si los riesgos son aceptables o no.

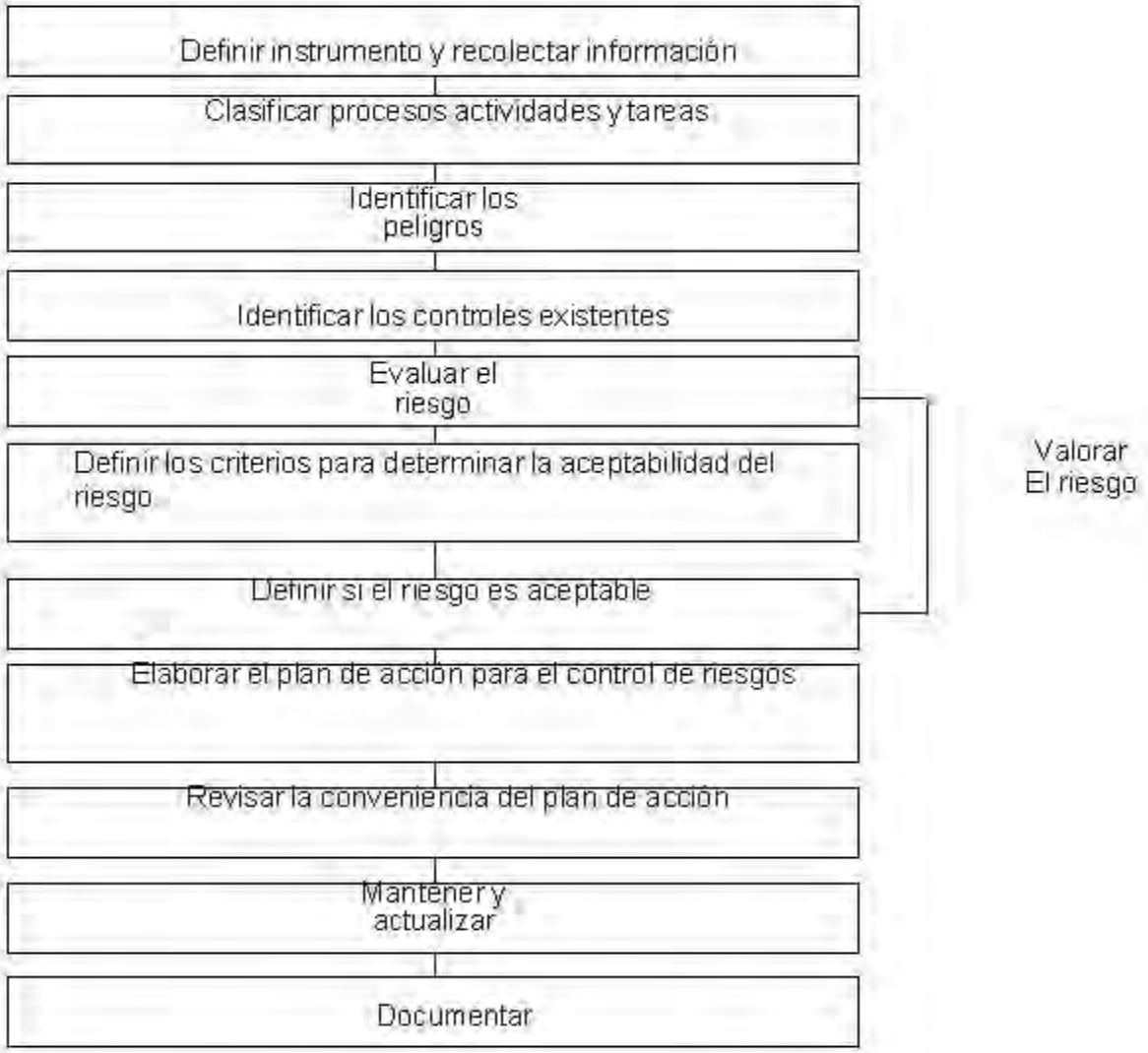
5. PROCEDIMIENTO

La metodología contenida en la GTC 45 versión 2012 se utiliza para llevar a cabo la identificación de peligros, evaluación de riesgo y aplicación de controles, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la legislación colombiana en SST aplicable y vigente, teniendo en cuenta:

1. Procesos que se desarrollan en la empresa.
2. Actividades rutinarias y no rutinarias.
3. Áreas donde se desarrollan las actividades.
4. Tareas de todas las personas que tienen acceso al sitio de trabajo
5. Los Peligros a que se exponen los trabajadores
6. Infraestructura, equipo y materiales en lugar de trabajo.
7. Cambios realizados o propuestas en la empresa sus actividades o los materiales.
8. Modificaciones al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluidos los cambios temporales y sus impactos sobre las operaciones procesos y actividades.
9. Cualquier requisito legal aplicable relacionado con la valoración del riesgo y la implementación de controles necesarios.
10. El diseño del área del trabajo, procesos, instalaciones, maquinarias/equipos, procedimientos de operación y organización del trabajo.
11. Auto-reportes de condiciones de salud y trabajo hecha por los trabajadores.

12. Recomendaciones o sugerencias al respecto por el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.

A continuación, se encuentra la metodología para la identificación de peligros y evaluación del riesgo:



1. ETAPAS EN LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

La evaluación de los riesgos corresponde al proceso de determinar la probabilidad de que ocurran eventos específicos y la magnitud de sus consecuencias, mediante el uso sistemático de la información disponible.

Para determinar el nivel de riesgo (NR), se debería determinar lo siguiente:

NR= NP x NC

En donde:

NP= NIVEL DE PROBABILIDAD
NC= NIVEL DE CONSECUENCIA

A su vez para determinar NP se requiere:

NP= ND x NE

En donde:

ND= NIVEL DE DEFICIENCIA
NE= NIVEL DE EXPOSICION

Para determinar el ND, se debe utilizar la siguiente tabla

Tabla 4. Determinación del nivel de deficiencia

Nivel de deficiencia	Valor de ND	Significado
Muy Alto (MA)	10	Se ha(n) detectado peligro(s) que determina(n) como posible la generación de incidentes o consecuencias muy significativas, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo es nula o no existe, o ambos.
Alto (A)	6	Se ha(n) detectado algún(os) peligro(s) que pueden dar lugar a consecuencias significativa(s), o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambos.
Medio (M)	2	Se han detectado peligros que pueden dar lugar a consecuencias poco significativas o de menor importancia, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es moderada, o ambos.
Bajo (B)	No se Asigna Valor	No se ha detectado consecuencia alguna, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta, o ambos. El riesgo está controlado. Estos peligros se clasifican directamente en el nivel de riesgo y de intervención cuatro (IV) Véase la Tabla 8

Para determinar el NE se podrán aplicar los criterios de la siguiente tabla

Tabla 5. Determinación del nivel de exposición

Nivel de exposición	Valor de NE	Significado
Continua (EC)	4	La situación de exposición se presenta sin interrupción o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral.
Frecuente (EF)	3	La situación de exposición se presenta varias veces durante la jornada laboral por tiempos cortos.
Ocasional (EO)	2	La situación de exposición se presenta alguna vez durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto.
Esporádica (EE)	1	La situación de exposición se presenta de manera eventual.

Para determinar el NP, se combinan los resultados de las Tablas 4 y 5 en la Tabla 6

Tabla 6. Determinación del nivel de probabilidad

Niveles de probabilidad		Nivel de exposición (NE)			
		4	3	2	1
Nivel de deficiencia (ND)	10	MA - 40	MA - 30	A - 20	A - 10
	6	MA - 24	A - 18	A - 12	M - 6
	2	M - 8	M - 6	B - 4	B - 2

El resultado de la Tabla 6. Se interpreta de acuerdo con el significado que aparece en la Tabla 7.

Tabla 7. Significado de los diferentes niveles de probabilidad

Nivel de probabilidad	Valor de NP	Significado
Muy Alto (MA)	Entre 40 y 24	Situación deficiente con exposición continua, o muy deficiente con exposición frecuente. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia.
Alto (A)	Entre 20 y 10	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica. La materialización del riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral.
Medio (M)	Entre 8 y 6	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. Es posible que suceda el daño alguna vez.
Bajo (B)	Entre 4 y 2	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

A continuación, se determina el nivel de consecuencias según los parámetros de la Tabla 8.

Tabla 8. Determinación del nivel de consecuencias

Nivel de Consecuencias	NC	Significado
		Daños personales
Mortal o Catastrófico (M)	100	Muerte (s)
Muy grave (MG)	60	Lesiones o enfermedades graves irreparables (Incapacidad permanente parcial o invalidez).
Grave (G)	25	Lesiones o enfermedades con incapacidad laboral temporal (ILT)
Leve (L)	10	Lesiones o enfermedades que no requieren incapacidad.

Los resultados de las Tablas 7 y 8, se combinan en la tabla 6, para obtener el nivel de riesgo el cual se interpreta de acuerdo con los criterios de la Tabla 7.

Tabla 9. Determinación del nivel de riesgo

Nivel de riesgo NR = NP x NC		Nivel de probabilidad (NP)			
		40-24	20-10	8-6	4-2
Nivel de consecuencias (NC)	100	I	I	I	II 400-200
	60	I	I	II 480-360	II 200 / III 120
	25	I	II 500-250	II 200-150	III 100-50
	10	II 400-240	II 200 / III 100	III 80-60	III 40 / IV 20

Tabla 10. Significado del nivel de riesgo

Nivel de riesgo	Valor de NR	Significado
I	4 000 - 600	Situación crítica. Suspender actividades hasta que el riesgo esté bajo control. Intervención urgente.
II	500 - 150	Corregir y adoptar medidas de control de inmediato. Sin embargo, suspenda actividades si el nivel de riesgo está por encima o igual de 360.
III	120 - 40	Mejorar si es posible. Sería conveniente justificar la intervención y su rentabilidad.
IV	20	Mantener las medidas de control existentes, pero se deberían considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprobaciones periódicas para asegurar que el riesgo aún es aceptable.

2. ACEPTABILIDAD DEL RIESGO

Una vez determinado el nivel de riesgo, la empresa debe decidir cuales riesgos son aceptables y cuáles no. En una evaluación completamente cuantitativa es posible evaluar el riesgo antes de decidir el nivel que considera aceptable o no aceptable. Sin embargo, con métodos semicuantitativos tales como la matriz de riesgos, la empresa debería establecer cuales categorías son aceptables y cuáles no.

Tabla No. 11. Aceptabilidad del riesgo.

Nivel de Riesgo	Significado
I	No Aceptable
II	No Aceptable o Aceptable con control especifico
III	Aceptable
IV	Aceptable

2.1 ELABORAR EL PLAN DE ACCION PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS

Los niveles de riesgo, como muestra la Tabla 10 y Significado del nivel de riesgo, forman la base para decidir si se requiere mejorar los controles y el plazo para la acción. Igualmente muestra el tipo de control y la urgencia que se debería proporcionar al control de riesgo.



TABLA DE PELIGROS						
CLASIFICACIÓN						
DESCRIPCIÓN						

CC CONSORCIO YP	CONTROL ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EPP	Código: SST-F-026 Versión: 01 Fecha Enero de 2021 Página 1 de 1

NOMBRE RESPONSABLE ENTREGA: | CARGO: PROFESIONAL SST SIG

OBRA O PROYECTO: COP-4336 de 2024

OBJETO DEL CONTRATO:

EJECUTAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA"

El presente formato cumple lo establecido en la Ley 9 de 1979 artículos 122, 123 y 124, Decreto Único Reglamentario para el Sector Trabajo 1072 de 2015 en los artículos 2.2.4.6.10 2.2.4.6.12 y 2.2.4.6.24 referente al suministro, uso, cuidado y reposición de los elementos de protección personal y las responsabilidades de la entidad y sus trabajadores.

TIPO DE EPP *

FECHA	NOMBRE	CEDULA	BT	CS	BMG	BMSB	BC	BR	CP	DMG	DGG	TMG	TSG	DPCLA	DSCNO	GTI	GTNO	CUAL	TOTAL EPP	FIRMA
24-02-25	Geldino Najera	72.301051		X	X		X												3	
24-02-25	Marling Vallejo	38.472085		X	X		X												3	
24-02-25	Jasmira Angulo	66.794.767		X	X		X												3	
01-03-25	Yhang E. Quinteros	1.694.568.112	X				X												4	
04-03-25	JOSE E. Gonzalez	94.040.946.5	X	X			X												4	

DECLARO HABER RECIBIDO DE FORMA FIDEDIGNA EL MATERIAL ARRIBA DESCRITO, PARA USO EXCLUSIVO EN LAS TAREAS QUE ME FUERON ATRIBUIDAS. DECLARO TAMBIEN ESTAR CONSCIENTE DE LAS NORMAS DE UTILIZACIÓN, LIMPIEZA, CONSERVACIÓN, CUIDADOS Y RESTITUCIÓN EN CASO DE EXTRAVIO O MAL USO DE ESTE MATERIAL.

* En las celdas de Talla de EPP, relacionar la cantidad que se entregara para conocimiento del stock de EPP disponible.

OBLIGACIONES DEL EMPLEADO

1. Todos los empleados deben utilizar sus EPP durante toda la jornada laboral, de lo contrario se realizara un descargo.
2. Se hacen responsable de su cuidado, quien los daña o los extravía debera solicitar unos nuevos pero debe asumir el costo.
3. Si un empleado sufre un incidente o accidente de trabajo y no reporta sus EPP, SERA LLAMADA A LA EMPRESA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD a causa de su negligencia.

OBSERVACIONES

ELABORO: _____

CARGO: PROFESIONAL SST

BT	BOTAS DE TRABAJO CONSTRUCCIÓN
CS	CASCO DE SEGURIDAD
DMG	OVEROLES
BMS	BOTAS DE SEGURIDAD
BC	BOTAS DE CAUCHO
TP	TAPA BOCAS
GDPC	GAFAS DE SEGURIDAD CLARA
GDSG	GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS
TAPC	TAPA OIDOS TIPO COPA
TPI	TAPA OIDOS TIPO INSERCIÓN
GTA	GUANTES DE TARNEZA
GTNO	GUANTES DE CAUCHO
MPER	MANGUERAS

Powered by CamScanner