FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 23 MES 02 AÑO 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FONTALVO	FONSECA	MILTON	JOSE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1042971126	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIANO	PAÍS: COLOMBIA — DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. — MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	DÍA 19 — MES 03 — AÑO 2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.750.905			3007975050	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
# -			BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO	DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	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	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DS SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901190763	3007975050	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CRA 22 18 66 # -	FACTURACION@DSSOLUCIONES.COM.CO	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

RADICADO 23-02-2026 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO [ ]
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
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

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FONTALVO	FONSECA	MILTON	JOSE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1042971126	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA 19 MES 03 AÑO 2006		DÍA 23 MES 02 AÑO 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
    b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
MILTON FONTALVO	Boris Mendoza

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: [ ] Total [ ]
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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:

MILTON JOSE FONTALVO FONSECA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.971.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL
INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



NIT. 830.692.369-3

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	**02** MES	**2026** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO-ALTURAS – ESPACIOS CONFINADOS**

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

DS SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MILTON JOSE FONTALVO FONSECA	Masculino	**20** Años	CC (Tipo)	**1042971126** (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔
ESPIROMETRIA	✔		

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)"

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

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

Firma: _____

Nombre: KAREN LISEFT IBAÑEZ HERNANDEZ

GR.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ROVINSON TRIVIÑO PALACIOS

CC: 1042971126



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1970
CORINTO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ENE-1989 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1102200-00163420-M-0016829126-20090718 0013523935A 1 27834963



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 16.829.126
TRIVIÑO PALACIOS
APELLIDOS
ROVINSON
NOMBRES
Robinson Triviño
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de DS SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C16829126	TRIVIÑO PALACIOS ROVINSON	30/01/2026		23417162	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:C264281532605373512

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/02/2026 20:25:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.121.108.129, 192.230.104.8, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 29 01 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
TRIVIÑO (mer apellido)	PALACIOS (Segundo apellido)	ROVINSON (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	16829126	Femenino [ ] Masculino [ ]	11 07 1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.750.905

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	rreo electrónico
CARR 22 # 18 66			

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTA	BOGOTA D.C.

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32 . Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DS SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS SAS	NIT	901190763	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 22 18 66	3007975050	FACTURACION@DSSOLUCIONES.COM.CO	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CENAMEMERCADO FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A — 2 9 0 1 2 0 2 6

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		2 9 0 0 1 0 2 6

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

ROVINSON TRIVIÑO	DAVID MENDOZA
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

F385-RVA V.1.0-2016

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAJA DE HERRAMIENTAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

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:

ROVINSON TRIVIÑO PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.829.126**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2026.

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.

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL
INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



NIT. 830.592.359-3

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO-ALTURAS – ESPACIOS CONFINADOS

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

DS SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS SAS

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROVINSON TRIVIÑO PALACIOS	Masculino	**55** Años	CC (Tipo)	**16829126** (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔
ESPIROMETRIA	✔		

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)"

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

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

Firma: _____

Nombre: KAREN LISEFT IBAÑEZ HERNANDEZ

GR.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ROVINSON TRIVIÑO PALACIOS

CC: 16829126



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.006.006
CASTAÑEDA GUERRERO

APELLIDOS
JULY XIMENA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

02-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00701789-F-1023006006-20150505 0044046442A 1 1463350686

Medellín, 03 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO CORAL INGENIERIA, en el centro de trabajo 0000000005 - CORAL-BOGOTA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1023006006	CASTANEDA GUERRERO JULY XIMENA	04/03/2026		61156144	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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:C10496516202606262823

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/03/2026 17:27:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.212.83.46, 192.230.104.7, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JULY XIMENA CASTA?EDA GUERRERO identificado(a) con CC 1023006006 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2021

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **VIVA 1A IPS SANTA MARIA DEL LAGO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes 2 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,



porvenir
sólo hay uno

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

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

JULY XIMENA CASTAÑEDA GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.006.006**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 20 de febrero de 2014.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01 Fecha: 01/09/2024	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58 Página 1 de 3

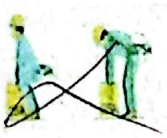
10/10

FECHA 25-02-2026 INDUCCION ☐ REINDUCCION ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR milton Fontalvo

CEDULA DE CIUDADANIA 1042971126 CARGO Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	2

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Si me caigo y me quiebro	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. convivencia laboral COPASST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar Accidentes A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Frente a la cancha Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Sura	1

	CONSORCIO CORAL INGENIERIA	
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 3 de 3

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Papel Plastico / Cascara de Banano / Boltido	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
CC.: 1042977126	PSA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 02-03-2025 INDUCCION [X] REINDUCCION [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR Gualberto Ahumada Zuñiga

CEDULA DE CIUDADANIA 1002475393 CARGO Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✗ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	2

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 2 de 3

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente <u>a</u> b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente <u>x</u> b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente ____	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? algo que me ocurra y me cause daño realizando mi trabajo	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. comita de convivencia laboral COPASST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar <u>incendio</u> A quién debo dar aviso de una emergencia <u>SST</u> Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Frente cocina Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? <u>Sura</u>	1

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Papel / Residuo comida / Papel higiénico	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
Gilberto Zuñiga CC.: 1066247393	PJA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 24-02-2025 INDUCCION [x] REINDUCCION [ ]

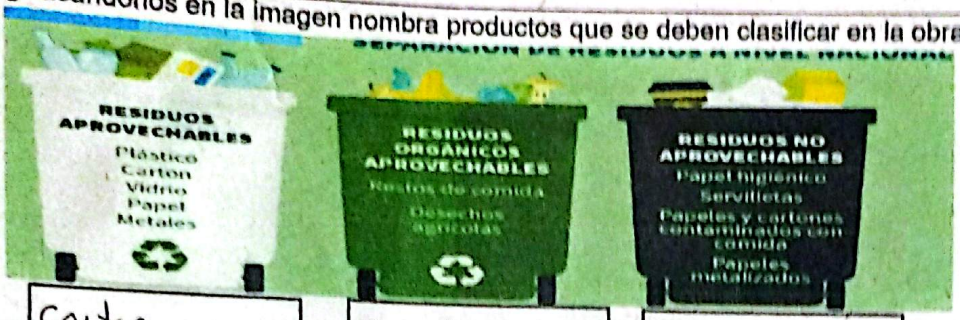
NOMBRE DEL TRABAJADOR Robinson Tuviño

CEDULA DE CIUDADANIA 16529176 CARGO Oficial

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	.1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Cuando Me lesiono realizando mi trabajo	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Laboral - COPASST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar Derrumbes A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: En la cancha .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Sura	1

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Carton Plastico / Residuos de comida / Papel higienico	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
Robinson T. CC.: 1682926	PZA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 26-02-2025 **INDUCCION** ☑ **REINDUCCION** ☐

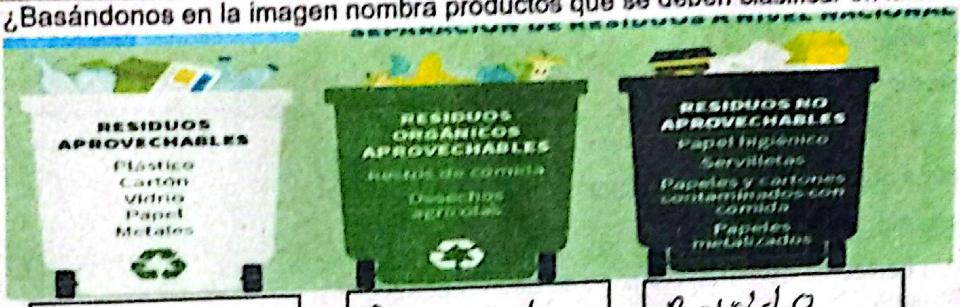
NOMBRE DEL TRABAJADOR Manual Negrata

CEDULA DE CIUDADANIA 15614827 **CARGO** Oficial

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	2

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente b. Al siguiente día X c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___ Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Se me golpeo realizando mi trabajo y me causa una lesion	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. COPASST Comite de convivencia	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar Derrumbes A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: frente a la cancha Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Sura	1

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico carton / Cascaras de Banano / Barrido	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO

Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)

No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
CC.: 1.614827	PJA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	**EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST**	**CORAL-SED-SST-FM-58**
Fecha: 01/09/2024		**Página 1 de 3**

10/10

FECHA 04/03/2026 **INDUCCION** X **REINDUCCION** ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR JULY XIMENA CASTAÑEDA GUERRERO

CEDULA DE CIUDADANIA 1023006006 **CARGO** RESIDENTE DE OBRA

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

No.	**TEMAS A EVALUAR**	**CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR**
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	**1**
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	**1**
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	**1**

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ___ b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ____ b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente ____	**1**
5	¿Qué es accidente de trabajo? Algo que me cause deño realizando mis labores	**1**
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Comité convivencia laboral-copasst	**1**
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar _____ _____ A quién debo dar aviso de una emergencia _____ _____ Qué tipo de emergencias se podrían presentar: Derrumbes .A quién debo dar aviso de una emergencia: al SST Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: cancha del colegio Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: _____	**1**
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	**1**
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? _____sura_____	**1**

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico papel / Residuos de comida / Paquetes de papas	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	x
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	x
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	x

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
CC.: 1023006006	

ANEXO 2
PLANILLAS DE SEGURIDAD

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 36277625
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-03-13

PAGADA

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

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

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 02	Año: 2026	Mes: 02	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$1.750.905		36277625

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1049639977	59	No	No	No	11	1	5711001	Salario	PINZON AGUILAR MIGUEL ANGEL	$1.750.905

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

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1049639977	PORVENIR	30	$1.750.905	0.1600000	$280.200	$0	$0	$280.200	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1049639977	SALUD TOTAL	30	$1.750.905	0.1250000	$218.900	$0	0	$0	0	$0	30	$1.750.905	901973411	0.0696000	$121.900

APORTES PARAFISCALES														
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1049639977	COLSUBSIDIO	30	$1.750.905	0.0060000	$10.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 02											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$280.200	$0	$0	$0	$0	9	$1.700	$0	$0	$281.900

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SALUD TOTAL	1	$218.900	$0	0	$0	0	$0	$218.900	9	$1.300	$0	$220.200	$0	0	$0	$0	$220.200	$0	$0	$220.200

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$121.900	0	$0	$0	$121.900	9	$800	$122.700	0	$0	$1.227	$122.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COLSUBSIDIO	1	$10.600	9	$100	$10.700
SENA	0	$0	9	$0	$0
ICBF	0	$0	9	$0	$0
ESAP	0	$0	9	$0	$0
MinEdu	0	$0	9	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$220.200
PENSIONES	1	$281.900
RIESGOS PROFESIONALES	1	$122.700
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$10.700

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$635.500

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66841746	11/03/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$16,283,417	$5.043.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	329.500	0		0		0	0	0	0	329.500	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	42.100	0		0		0	0	0	0	42.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.288.900	0	0	0	0	0	0		1.288.900	5
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	756.600	0	0	0	0	0	0		756.600	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.133.800				1.133.800	0	0	1.133.800			11.338	1.133.800	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	652.000	0	0	652.000	10

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	652.000	652.000
Pensión	4	2.605.900	2.605.900
Riesgos Laborales	1	1.133.800	1.133.800
CCF	1	652.000	652.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	5.043.700	5.043.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66841746	11/03/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$16,283,417	$5.043.700	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901723255-2	DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS		Cll38 31-118	3203830343	dlproyectosyacabados@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			CUNDINAMARCA	SOACHA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66841746	11/03/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$16,283,417	$5.043.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1005677476	CORRALES CALY BENJAMIN EUSTORGIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1022960580	GAITAN SIGUA EDWIN EVELIO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1081795189	AMAYA GARCIA ELKIN JOSE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1101815358	CONTRERAS MENDEZ JUAN DAVID	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 14325119	LUGO ARANA DIEGO IVAN	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 14326441	MENA QUINTERO RONALD ALBERTO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 4214786	CHAPARRO BENITEZ JARBEL DANILO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 88131466	GALEANO TOLEDO YAJANI	1	0			S	X																230301	1.050.543	18	168.100	0	0	0	0	EPSC34	1.050.543	18	42.100	14-4	1.050.543	18	5	73.200	CCF22	1.050.543	18	42.100	0	0	0	0	0
9	PT 5902274	VIVAS WILMER ENRIQUE	1	0			S	X																25-14	1.225.634	21	196.200	0	0	0	0	EPS002	1.225.634	21	49.100	14-4	1.225.634	21	5	85.400	CCF22	1.225.634	21	49.100	0	0	0	0	0
10	PT 6841838	ARTEAGA BOLIVAR EDUARDO JOSE	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 36665248
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-03-19

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	DS SOLUCIONES I SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901190763	D.V.	3	TIPO DE APORTANTE	A mayor o igual a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CALLE 8 NO 19 35	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	GERENCIA@CONDISCON.COM.CO	TELÉFONO	8624916
FAX	8624916	SUCURSAL	04	NOMBRE SUCURSAL	BOGOTA
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1098645078	PRIMER APELLIDO	MENDOZA	SEGUNDO APELLIDO	OTERO
PRIMER NOMBRE	BORIS	SEGUNDO NOMBRE	DAVID		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 02	Año: 2026	Mes: 03	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$2.101.087		36665248

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1042971126	01	No	No	No	11	1	4429001	Fijo	FONTALVO FONSECA MILTON JOSE	$1.750.905
CC-1049824501	01	No	No	No	11	1	4429001	Fijo	HERNANDEZ GOMEZ NEIDER ANDRES	$1.750.905
CC-79922451	01	No	No	No	11	1	4429001	Fijo	MARROQUIN GONZALEZ JUAN CARLOS	$1.750.905
CC-1000576617	01	No	No	No	11	1	4429001	Fijo	PARDO ROJAS SAMUEL DAVID	$1.750.905

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1042971126	X	2026-02-24																											0		
CC - 1049824501	X	2026-02-17																											0		
CC - 79922451	X	2026-02-23	X	2026-02-23																									0		
CC - 1000576617	X	2026-02-17																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1042971126	PORVENIR	7	$408.545	0.1600000	$65.400	$0	$0	$65.400	$0	$0	$0
CC - 1049824501	PORVENIR	14	$817.089	0.1600000	$130.800	$0	$0	$130.800	$0	$0	$0
CC - 79922451	COLPENSIONES	1	$58.364	0.1600000	$9.400	$0	$0	$9.400	$0	$0	$0
CC - 1000576617	PORVENIR	14	$817.089	0.1600000	$130.800	$0	$0	$130.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1042971126	NUEVA E.P.S. S.A.	7	$408.545	0.0400000	$16.400	$0	0	$0	0	$0	7	$408.545	5	0.0696000	$28.500
CC - 1049824501	EPS-S COOSALUD	14	$817.089	0.0400000	$32.700	$0	0	$0	0	$0	14	$817.089	5	0.0696000	$56.900
CC - 79922451	EPS-S CAPITAL	1	$58.364	0.0400000	$2.400	$0	0	$0	0	$0	1	$58.364	5	0.0696000	$4.100
CC - 1000576617	FAMISANAR	14	$817.089	0.0400000	$32.700	$0	0	$0	0	$0	14	$817.089	5	0.0696000	$56.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1042971126	COMPENSAR-CCF	7	$408.545	0.0400000	$16.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1049824501	COMPENSAR-CCF	14	$817.089	0.0400000	$32.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-79922451	COMPENSAR-CCF	1	$58.364	0.0400000	$2.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1000576617	COMPENSAR-CCF	14	$817.089	0.0400000	$32.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 02											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	3	$327.000	$0	$0	$0	$0	6	$1.300	$0	$0	$328.300
COLPENSIONES	1	$9.400	$0	$0	$0	$0	6	$100	$0	$0	$9.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
FAMISANAR	1	$32.700	$0	0	$0	0	$0	$32.700	6	$200	$0	$32.900	$0	0	$0	$0	$32.900	$0	$0	$32.900
NUEVA E.P.S. S.A.	1	$16.400	$0	0	$0	0	$0	$16.400	6	$100	$0	$16.500	$0	0	$0	$0	$16.500	$0	$0	$16.500
EPS-S COOSALUD	1	$32.700	$0	0	$0	0	$0	$32.700	6	$200	$0	$32.900	$0	0	$0	$0	$32.900	$0	$0	$32.900
EPS-S CAPITAL	1	$2.400	$0	0	$0	0	$0	$2.400	6	$100	$0	$2.500	$0	0	$0	$0	$2.500	$0	$0	$2.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	4	$146.400	0	$0	$0	$146.400	6	$600	$147.000	0	$0	$1.470	$147.000

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMPENSAR-CCF	4	$84.200	6	$400	$84.600
SENA	0	$0	6	$0	$0
ICBF	0	$0	6	$0	$0
ESAP	0	$0	6	$0	$0
MinEdu	0	$0	6	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	4	$84.800
PENSIONES	2	$337.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	$147.000
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$84.600
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$654.200

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 36602027
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-03-04

PAGADA

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

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

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 02	Año: 2026	Mes: 03	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$13.640.275		36602027

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1012329511	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	AVILA ABAUNZA PABLO ANDRES	$2.800.000
CC-1118569865	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	ESTRADA AVELLA ANGELICA MARIA	$3.700.000
CC-1072593718	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	MAZUERA VALBUENA LINA FERNANDA	$2.500.000
CC-1085249142	01	No	No	No	11	1	5711001	Fijo	SALAS CASTRO VERONICA ALEJANDRA	$5.000.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1012329511																													0		
CC - 1118569865			X	2026-02-25																									0		
CC - 1072593718																													0		
CC - 1072593718																						L	2026-02-11	2026-02-14					0		
CC - 1085249142																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1012329511	PORVENIR	30	$2.800.000	0.1600000	$448.000	$0	$0	$448.000	$0	$0	$0
CC - 1118569865	PORVENIR	25	$3.083.334	0.1600000	$493.400	$0	$0	$493.400	$0	$0	$0
CC - 1072593718	PORVENIR	26	$2.166.667	0.1600000	$346.700	$0	$0	$346.700	$0	$0	$0
CC - 1072593718	PORVENIR	4	$333.334	0.1600000	$53.400	$0	$0	$53.400	$0	$0	$0
CC - 1085249142	PORVENIR	30	$5.000.000	0.1600000	$800.000	$0	$0	$800.000	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1012329511	COMPENSAR-EPS	30	$2.800.000	0.0400000	$112.000	$0		$0		$0	30	$2.800.000	2	0.0696000	$194.900
CC - 1118569865	SANITAS	25	$3.083.334	0.0400000	$123.400	$0		$0		$0	25	$3.083.334	2	0.0696000	$214.700

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1072593718	COMPENSAR-EPS	26	$2.166.667	0.0400000	$86.700	$0		$0		$0	26	$2.166.667	2	0.0696000	$150.900
CC - 1072593718	COMPENSAR-EPS	4	$333.334	0.0400000	$13.400	$0		$0		$0	4	$333.334	2	0.0000000	$0
CC - 1085249142	SANITAS	30	$5.000.000	0.0400000	$200.000	$0		$0		$0	30	$5.000.000	2	0.0696000	$348.000

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1012329511	COMPENSAR-CCF	30	$2.800.000	0.0400000	$112.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1118569865	COLSUBSIDIO	25	$3.340.274	0.0400000	$133.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1072593718	COLSUBSIDIO	26	$2.166.667	0.0400000	$86.700	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1072593718	COLSUBSIDIO	4	$333.334	0.0400000	$13.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085249142	COLSUBSIDIO	30	$5.000.000	0.0400000	$200.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 02											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	4	$2.141.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$2.141.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	2	$323.400	$0	0	$0	0	$0	$323.400	0	$0	$0	$323.400	$0	0	$0	$0	$323.400	$0	$80.800	$323.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
COMPENSAR-EPS	2	$212.100	$0	0	$0	0	$0	$212.100	0	$0	$0	$212.100	$0	0	$0	$0	$212.100	$0	$53.000	$212.100

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	4	$908.500	0	$0	$0	$908.500	0	$0	$908.500	0	$0	$9.085	$908.500

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COLSUBSIDIO	3	$433.800	0	$0	$433.800
COMPENSAR-CCF	1	$112.000	0	$0	$112.000
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	2	$535.500
PENSIONES	1	$2.141.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$908.500
CAJAS DE COMPENSACIÓN	2	$545.800
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$4.131.300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020821162		VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COL CARLOS TORRES	55C 159 19 INT 2 11	ARAUCA-ARAUCA	8851265	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	188230331	9502465541	E	2026/03/13	2026/04/01	BANCO DAVIVIENDA	19	$1,848,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80133819	BOYACA NOVA EDILBERTO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	80419338	BOYACA NOVA JOSE ANIBAL																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
3	CC	1000181837	BOYACA BARRERA WILSON DANIEL	X																	230301	11	$641,999	$102,800	EPS002	11	$641,999	$25,700	CCF67	11	$641,999	$25,700	14-11	11	$641,999	$44,700	11	$0	$0	Si	$198,900
4	CC	79249288	ROJAS ESPINEL MIGUEL FERNANDO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total	**Afiliados(4)**																						$5,894,714	$943,400			$5,894,714	$236,000			$5,894,714	$236,000			$5,894,714	$410,400		$0	$0		$1,825,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020821162		VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COL CARLOS TORRES	55C 159 19 INT 2 11	ARAUCA-ARAUCA	8851265	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	188230331	9502465541	E	2026/03/13	2026/04/01	BANCO DAVIVIENDA	19	$1,848,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$943,400	$11,700	$0	$955,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$663,200	$8,200	$0	$671,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$3,500	$0	$283,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$410,400	$5,100	$0	$415,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$410,400	$5,100	$0	$415,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$236,000	$2,900	$0	$238,900
COMFIAR	CCF67	800,219,488	4	4	$236,000	$2,900	$0	$238,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				4	$236,000	$3,100	$0	$239,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$70,100	$900	$0	$71,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$70,100	$900	$0	$71,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$25,700	$400	$0	$26,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$70,100	$900	$0	$71,000
TOTAL				**4**	**$1,825,800**	**$22,800**	**$0**	**$1,848,600**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020821162		VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COL FRANCISCO MIRANDA	CR 3 N 5 62	ARAUCA-ARAUCA	3505641050	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	188241759	9502465670	E	2026/03/13	2026/04/01	BANCO DAVIVIENDA	19	$2,370,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17586273	GONZALEZ ORTIZ LIOBEL ASDRUBAL																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$529,200
2	CC	1116777336	SANCHEZ CAMARGO JORGE LUIS	X																	25-14	11	$641,999	$102,800	ESSC24	11	$641,999	$25,700	CCF67	11	$641,999	$25,700	14-11	11	$641,999	$44,700	11	$0	$0	Si	$198,900
3	CC	17589650	SANTANA OJEDA MILTON NARCISO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
4	CC	1094161820	VARGAS CONTRERAS EDWIN JESUS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	ESSC24	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$529,200
5	CC	88232713	VARGAS DIAZ SILVESTRE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF67	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total	**Afiliados(5)**																						$7,645,619	$1,223,600			$7,645,619	$306,100			$6,990,809	$279,900			$7,645,619	$532,300		$0	$0		$2,341,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020821162		VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COL FRANCISCO MIRANDA	CR 3 N 5 62	ARAUCA-ARAUCA	3505641050	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	188241759	9502465670	E	2026/03/13	2026/04/01	BANCO DAVIVIENDA	19	$2,370,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$1,223,600	$15,100	$0	$1,238,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$102,800	$1,300	$0	$104,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,120,800	$13,800	$0	$1,134,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$532,300	$6,600	$0	$538,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$532,300	$6,600	$0	$538,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$279,900	$3,500	$0	$283,400
COMFIAR	CCF67	800,219,488	4	5	$279,900	$3,500	$0	$283,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$306,100	$3,800	$0	$309,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	$95,800	$1,200	$0	$97,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$210,300	$2,600	$0	$212,900
TOTAL				**5**	**$2,341,900**	**$29,000**	**$0**	**$2,370,900**

ANEXO 3
ENTREGAS DE EPP

CONSORCIO CORAL INGENIERIA									
VERSIÓN 1 FECHA: 01/09/2024	FORMATO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL							GO: CORAL-SED-SST-F PÁGINA 1 DE 1	
	Fecha	Nombres completos	Cargo	Cédula	Elementos EPP	Cantidad	Recibió capacitación de epp	Firma de quien entrega	Firma de quien recibe
1	19-01-2026	Edilberto Boyacá	oficial	80133819	Casco	1	Si	PJA	Edilberto Boyacá
2	19-01-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	Guantes	3	Si	PJA	Edilberto Boyaca
3	19-01-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	Gafas	1	Si	PJA	Edilberto Boyaca
4	19-01-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	chaleco	1	Si	PJA	Edilberto Boyaca
5	14-01-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	tapabocas	3	Si	PJA	Edilberto Boyaca
6	25-02-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	Gafas	1	Si	PJA	Edilberto Boyaca
7	25-02-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	Guantes	3	Si	PJA	Edilberto Boyaca
8	27-02-2026	Edilberto Boyaca	oficial	80133819	Tapa Bucas	3	Si	PJA	Edilberto Boyaca
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA

VERSIÓN 1 FECHA: 01/09/2024	FORMATO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	GO: CORAL-SED-SST-F PÁGINA 1 DE 1

	Fecha	Nombres completos	Cargo	Cédula	Elementos EPP	Cantidad	Recibió capacitación de epp	Firma de quien entrega	Firma de quien recibe
1	24-02-26	Robinson Triviño	oficial	16829126	casco	1	Si	PJA	Robinson T.
2	24-02-26	Robinson Triviño	oficial	16829126	Guantes	2	Si	PJA	Robinson T.
3	24-02-26	Robinson Triviño	oficial	16829126	Gafas	1	Si	PJA	Robinson T.
4	24-02-26	Robinson Triviño	oficial	16829126	tapa Bocas	3	Si	PJA	Robinson T.
5	24-02-26	Robinson Triviño	oficial	16829126	tapa oidos	1	Si	PJA	Robinson T.
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA

VERSIÓN 1 FECHA: 01/09/2024	FORMATO DE ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	GO: CORAL-SED-SST-F PÁGINA 1 DE 1

	Fecha	Nombres completos	Cargo	Cédula	Elementos EPP	Cantidad	Recibió capacitación de epp	Firma de quien entrega	Firma de quien recibe
1	13-01-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	CASCO	1	SI	PJA	
2	13-01-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	Guantes Nitrilo	3	SI	PJA	
3	13-01-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	chalaco	1	SI	PJA	
4	13-01-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	Tapabocas	1	SI	PJA	
5	13-01-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	Guantes caucho	3	SI	PJA	
6	10-02-26	MIGUEL FIGUEROA E	OFICIAL	79249288	Guantes Nitrilo	3	SI	PJA	
7	25-02-26	Miguel Rojas	oficial	79249288	Gafas	1	SI	PJA	
8	25-02-26	Miguel Rojas	oficial	79249288	Guantes	3	SI	PJA	
9	25-02-2026	Miguel Rojas	oficial	79249288	Tapabocas	3	SI	PJA	
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Powered by CamScanner