INFORME MENSUAL DE AVANCE No 6

DESDE EL 1 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2026

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL TUNJUELITO (FDLT)

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA COP-613-2025

BOGOTA 2026

INFORME MENSUAL DE AVANCE No 6

"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO"

CONTRATISTA: CONSORCIO COCO

INTERVENTORIA:

CONTROL DE VERSIONES DOCUMENTO		
VERSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**FECHA**
1	Documento Inicial	25/06/2026

CONTROL DE VERSIONES		
VERSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**FECHA**
0	Entrega inicial	
1	Aprobación interventoría	
2	Remisión al Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito	

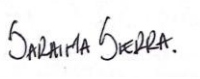
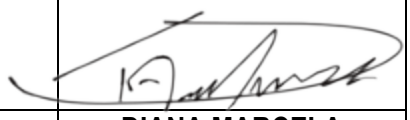
REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
		
SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE Ing. Residente SST Contratista	**JOTAM MAESTRE DIAB** Ing. Representante Legal	**DIANA MARCELA MENDOZA NIÑO** Ing. Residente SST interventoría

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **5**

1. OBJETIVOS **6**

2.1. OBJETIVOS GENERALES 6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

3. FORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO. **7**

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO. **8**

5. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **9**

5.1. SEGMENTOS VIALES A INTERVENIR 9

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO **11**

6.1 CAMPAMENTO PRINCIPAL: 11
6.2 PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – AMBIENTAL 19
6.3 PERSONAL CONTRACTUAL CONSORCIO COCO CONTRATO COP-613-2025 20
6.4 PERSONAL VIGENTE CONTRATO COP-613-2025 20

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO **21**

7.1 INDUCCIÓN 21
7.2 SOCIALIZACIÓN DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 23
7.3 AFILIACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL 23
7.4 CAPACITACIÓN PERSONAL 24

8. COMITÉS DE OBRA **25**

8.1 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) 25
8.2 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 25

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO **26**

9.1 EXÁMENES DE INGRESO 26
9.2 EXÁMENES DE EGRESO 26

10. DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA TRABAJO SEGURO **26**

10.1 PROCEDIMIENTO PARA ENTREGA, USO Y REPOSICIÓN DE EPP. 26
10.2 ENTREGA Y REPOSICIÓN DE EPP. 26
10.3 REGISTRO DE INSPECCIONES EFECTUADAS 27
10.4 MANEJO DE MAQUINARIA, EQUIPOS Y VEHÍCULOS 27

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN) **29**

11.1 REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES 29
11.2 ESTADÍSTICAS DE ACCIDENTALIDAD 29
11.3 ESTADÍSTICAS DE AUSENTISMO LABORAL 30

12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL **30**

12.1 TRABAJO SEGURO EN EXCAVACIÓN 30
12.2 TRABAJO EN ALTURAS 30
12.3 IZAJE MECÁNICO DE CARGAS 30
12.4 MANIPULACIÓN DE REDES ELÉCTRICAS 31

13. CONCLUSIONES.....31

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Información General de Contrato de obra
Tabla 2 Información de la Interventoría
Tabla 3 Listado de CIV y PK-ID-CONTRATO DE OBRA 613-2025 LP (143265) CONSORCIO COCO 9
Tabla 4 Personal SST- Ambiental 9
Tabla 5 Personal Contractual
Tabla 6 Listado Personal Vigente
Tabla 7 Inducciones periodo
Tabla 8 Capacitación Mensual
Tabla 9 Charlas de 5 Minutos
Tabla 10 Comité de seguimiento
Tabla 11 Inspecciones mensuales
Tabla 12 Relación de Maquinaria en obra
Tabla 13 Relación Vehículos en Obra 9

LISTA DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 Localización general del proyecto.
Ilustración 2 Punto Crea y Centro de acopio
Ilustración 3 CIV 6001200
Ilustración 4 CIV 6001013
Ilustración 5 CIV 6000372-600389
Ilustración 6 CIV 6000857
Ilustración 7 CIV 6000557
Ilustración 8 CIV 6000786
Ilustración 9 CIV 6000830 9

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1Listado del Personal
Anexo 2 Documentación legal, inducciones, planillas
Anexo 3 Certificado de parafiscales
Anexo 4 Paz y Salvo
Anexo 5 Capacitación del Personal
Anexo 6 Charlas 5 Minutos
Anexo 7 Comité COPASST
Anexo 8 Comité Convivencia Laboral
Anexo 9 Entrega DOTACIÓN-EPP
Anexo 10 Inspecciones Mensuales
Anexo 11 Relación de Maquinaria y Vehículos
Anexo 12 Preoperacionales Maquinaria
Anexo 13 Preoperacionales Vehículos 9
Anexo 14 Indicadores de Accidentalidad y Ausentismo
Anexo 15 Registro Fotográfico

INTRODUCCIÓN

El CONSORCIO COCO. describe en el presente documento el cumplimiento a las condiciones contractuales del contrato de obra pública No COP-613-2025, cuyo objeto es "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"; donde se presenta para el periodo comprendido entre el 1 de Junio al 30 de Junio de 2026 las estrategias del SG- Seguridad y salud en el trabajo, es con el fin de evitar y prevenir los incidentes y/o accidente de trabajo junto a las enfermedades laborales, con el propósito de llevar un control efectivo de los riesgos y así salvaguardar la integridad física y la vida de los trabajadores.

El componente de SG- Seguridad y Salud en el Trabajo se ha diseñado con el fin de mantener un alto desempeño en los estándares de Salud Laboral en las actividades relacionadas con los diferentes procesos constructivos en las obras, cumpliendo con los requerimientos mínimos que deben contener todos los Programas de Gestión en Seguridad y Salud Laboral; enmarcado en la normatividad vigente colombiana y otras disposiciones aplicables al sector.

1. OBJETIVOS

El objetivo fundamental del Componente CERO ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, para lo cual propiciamos y motivamos que cada trabajador tenga una actitud y un compromiso permanente con la Seguridad en su medio laboral.

Es garantizar que en el desarrollo de los proyectos de obras civiles se implementen las medidas preventivas y de control necesarias frente a los riesgos de origen laboral existentes, que aseguren el bienestar de todas las partes involucradas, evitando daños a la propiedad, al ambiente y a la salud de los trabajadores; para lo cual se deberá enmarcar la gestión del Contratista en un proceso de mejora continua.

2.1. Objetivos Generales

- Prevenir y/o controlar los riesgos en las diferentes áreas y lugares donde se desarrollan los trabajos.
- Prevenir y/o mitigar cualquier impacto en la salud que se genere en la ejecución de los trabajos.

2.2. Objetivos Específicos

- Sistematizar las actividades de prevención de Riesgos y deterioro en la salud.
- Incrementar el compromiso del auto cuidado.
- Identificar, eliminar los y condiciones inseguras.

3. FORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO.

A continuación, se presenta, una descripción general del contrato de obra No. COP-613-2025.

Tabla 1 Información General de Contrato de obra

Número del contrato:	COP-613-2025
Objeto:	"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO"
Nombre contratista:	Consorcio COCO
Representante legal:	JOTAM MAESTRE DIAB
Nit	902.010.258-8
Plazo de ejecución:	Ocho (08 meses.)
Fecha de iniciación:	17 de Diciembre de 2025
Fecha de Terminación:	16 de agosto de 2026
Entidad contratante:	Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito
Dirección:	Diagonal 52B sur #26-98
Teléfono:	3128937518

Fuente: Consorcio COCO

Tabla 2 Información de la Interventoría

Objeto:	REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA AMBIENTAL, SOCIAL Y SST AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA RESULTANTE DEL PROCESO DE LICITACIÓN PUBLICA CUYO OBJETO ES: EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C
Nombre contratista:	AHLA SHUGL INTERNATIONAL S.A.S
Nit:	901.719.068-6
Dirección:	Calle 57 # 3-42 Oficina 402
Teléfono:	3112682379

Fuente: Consorcio COCO

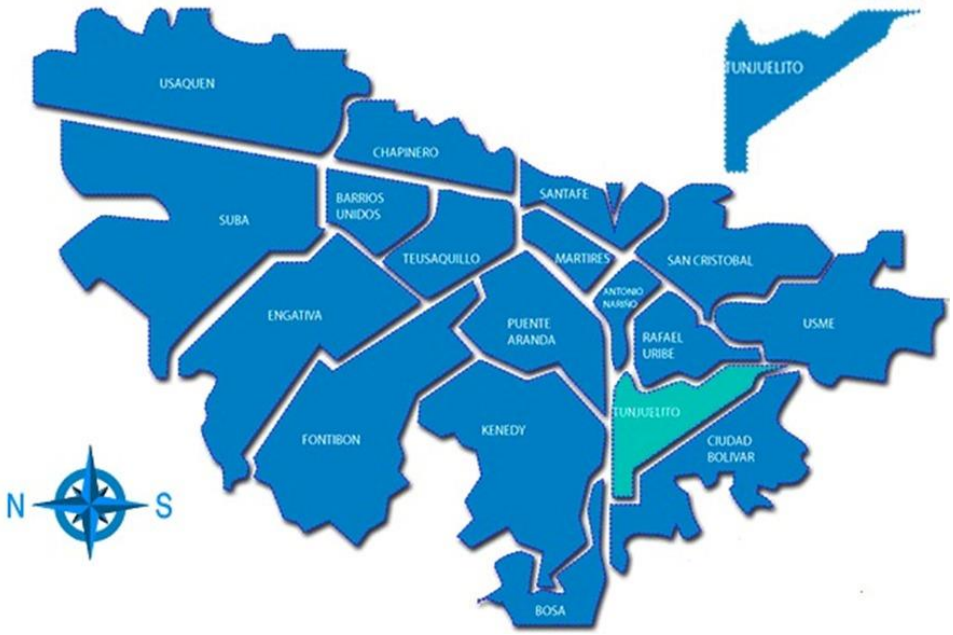
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.

El CONSORCIO COCO, estará ejecutando actividades en La localidad de Tunjuelito (06) se ubica al sur de la ciudad; limita al norte con las localidades de Kennedy (08) y Puente Aranda (16), a través de la Autopista Sur; al oriente con la localidad de Rafael Uribe Uribe (18), a través de la Tv 42, la Ak 33, la Cl 47 Sur, la Cl 44 Sur y la Avenida Caracas; al sur con la localidad de Usme (05), a través del lindero de la Escuela de Artillería; por el occidente con la localidad de Ciudad Bolívar (19), a través del río Tunjuelito.
Esta localidad tiene una extensión en suelo urbano de 991 ha, se encuentra subdividida en dos UPZ; siendo la UPZ de Venecia la que contiene la mayor participación en suelo, 66,98% (664 ha); por su parte, la UPZ Tunjuelito representa el 33,02% (327 ha) del suelo restante de la localidad-

Zona Urbana:
UPZ 42 – Venecia
UPZ 62 – Tunjuelito

Por consiguiente, la localización del proyecto se encuentra ubicado según se muestra en la ilustración a continuación.

Ilustración 1 Localización general del proyecto.



Fuente: Consorcio COCO

5. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Segmentos Viales a Intervenir

Teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal en el proyecto de inversión No. 2914 "Tunjuelito se moviliza con seguridad" para la vigencia 2025, se priorizaron los siguientes segmentos viales con intervención sobre calzada que obtuvieron los factores de priorización más altos y que serán la meta del presente proyecto son:

Tabla 3 Listado de CIV y PK-ID-CONTRATO DE OBRA 613-2025 LP (143265) CONSORCIO COCO

CIV	PK-ID	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO	TIPO DE PAVIMENTO	TIPO DE MALLA VIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	ÁREA
6001390	324120	Cll. 53 sur	Cra. 15	Cra. 17	San Carlos	Flexible	Intermedia	Rehabilitación - reconstrucción	356,81
6000789	322292	Cll. 49ª sur	Cra. 31	Cra. 33	Samoré	Flexible	Intermedia	Rehabilitación – reconstrucción	612,03
6000859	322502	Cll. 50 sur	Cra. 29	Cra. 31	Samoré	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	170,6
6000931	322715	Cll. 53b sur	Cra. 32	Cra. 33	San Vicente f.	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	287,46
6000833	322424	Cll. 50 b sur	Cra. 32	Cra. 31	Samoré	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	180,3
6000557	321649	Cll. 50 a sur	Cra. 36	Cra. 37	Fátima	Flexible	Local	Mantenimiento Periódico	220,1
6000389	321168	Cra. 38	Cll. 50 a sur	Cll. 50 b sur	Fátima	Flexible	Local	Mantenimiento Periódico	100,3
6000372	321121	Cll. 50 a sur	Tv. 44	Cra. 38	Fátima	Flexible	Local	Mantenimiento Periódico	180,3
6000617	321826	Cra. 37 a	Cll, 53 b sur	Cll. 54 sur	Fátima	Flexible	Circuito movilidad	Rehabilitación – reconstrucción	160,7
6000830	322415	Cra. 34	Cll. 54 sur	Cll. 54 a sur	San Vicente f.	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	120,54
6000870	322532	Cl. 53b sur	Cra. 33ª	Cra. 34	San Vicente f.	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	650,34
6002092	322280	Dg. 52 sur	Cra. 33	Cra. 35	Fátima	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	200.64
6000857	322496	Cl. 53ª sur	Cra. 33ª	Cra.34	San Vicente f.	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	606,41
6000721	322103	Cl. 52 g	Tv.35 b	Cra. 35	Fátima	Flexible	Intermedia	Rehabilitación –	80,05

CIV	PK-ID	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO	TIPO DE PAVIMENTO	TIPO DE MALLA VIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	ÁREA
		sur		a				reconstrucción	
6001013	322958	Cl. 48 c sur	Cra. 26	Cra. 27	Samoré	Flexible	Intermedia	Rehabilitación – reconstrucción	696,4
6001167	323436	Cra. 24c	Cl.48 sur	Cl. 48c sur	Tunal oriental	Flexible	Intermedia	Rehabilitación – reconstrucción	1538,2
6000786	322283	Cra. 34	Dg. 52b sur	Cl. 52 g sur	San Vicente f.	Flexible	Local	Rehabilitación – reconstrucción	231,43
6001008	322943	Kr 26	Cl 48ª s	Cl 48b s	Samoré	Flexible	Intermedia	Rehabilitación – reconstrucción	323,99

Teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal en el proyecto de inversión No. 2824 "Una nueva visión de infraestructura en pro de la comunidad de Tunjuelito 2025" para la vigencia 2025, se priorizaron los siguientes segmentos viales para intervención en andenes que obtuvieron los factores de priorización más altos:

6001206	323557	Cra. 25	Cll. 54 sur	Cll. 54a sur	Tunal oriental	Venecia	Articulado	Rehabilitación - reconstrucción	163,14
6001200	323539	Cra. 25	Cll. 52b sur	Cll. 54 sur	Tunal oriental	Venecia	Articulado	Rehabilitación - reconstrucción	186,62
6000812	322362	Dg. 52b sur	Cra. 33	Cra. 34	Fátima	Venecia	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	179,72
6001888	325589	Cra. 61 g	Cra. 61 a	Dg. 48 sur	Isla del sol	Venecia	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	173
6001384	324103	Cll. 57 sur	Cra. 18d	Cra. 19	San Carlos	Venecia	Rígido	Mantenimiento Periódico	172,52
6001940	325772	Cll. 57 sur	Cra. 17a	Cra. 18	San Carlos	Venecia	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	198,94
6001407	324176	Cra. 18b	Cll. 55 sur	Cll. 57 sur	San Carlos	Venecia	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	847,03
6001479	324416	Cll. 57 sur	Cra. 16	Cra. 17	San Benito	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	104,94
6001683 (6001303)	323827	Cll. 51 sur	Dg. 48 sur	Cra. 19 b	Santa lucía	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	129,35
6001388	324115	Cra. 18 c	Cll. 55 sur	Cll. 57 sur	San Carlos	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	513,91
6001389	324116	Cll. 57 sur	Cra. 18 c	Cra. 18 d	San Benito	Tunjuelito	Rígido	Mantenimiento Periódico	95,42

CIV	PK-ID	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO	TIPO DE PAVIMENTO	TIPO DE MALLA VIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	ÁREA
6001850	325476	Cll. 57 sur	Cra. 17	Cra. 17 a	San Carlos	Tunjuelito	Mixto	Rehabilitación - reconstrucción	213,36
6001779	325283	Cll. 53a sur	Cra. 9	Cra. 8 a	Abraham Lincoln	Tunjuelito	Rígido	Mantenimiento Periódico	72,46
6001800	325347	Cll. 53 a sur	Cra. 7 a	Cra. 8	Abraham Lincoln	Tunjuelito	Rígido	Mantenimiento Periódico	54,79
6001788	325310	Cra. 8	Cll. 53 a sur	Cll. 53 sur	Abraham Lincoln	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	148,21
6001303	323827	CL 51S	KR 19B	KR 19C	San Carlos	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	129,14
6001302	323824	KR19B	DG 50 A S	CL 51 S	San Carlos	Tunjuelito	Rígido	Rehabilitación - reconstrucción	160,42

Es importante señalar que en cumplimiento de los resultados del proceso de priorización de la ruta Transforma lo Local del programa Proyecta Local – Presupuestos Participativos 2025, según las elecciones ciudadanas y de acuerdo con las directrices dadas para la Coordinación General de Presupuestos Participativos – GPP, se priorizaron segmentos viales de calzada y anden para el presente proyecto, los cuales se presentan a continuación:

CIV	PK-ID	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO	TIPO DE PAVIMENTO	TIPO DE MALLA VIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	ÁREA
6000580	20007649	Cra. 54b	Dg. 52 b sur	Tv. 44	Venecia	Flexible	Intermedia	Mantenimiento Periódico	221,66
6000528	321577	Cra. 55a	Dg. 52 b sur	Tv. 44	Venecia	Flexible	Intermedia	Mantenimiento rutinario	140,26

Fuente: Consorcio COCO

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO

6.1 Campamento principal:

Se cuenta con un PUNTO CREA el cual, consta de oficinas para labores administrativas debidamente identificadas, así mismo también es utilizada como centro de acopio de materiales en la dirección Diagonal 46 A sur # 52C-56.

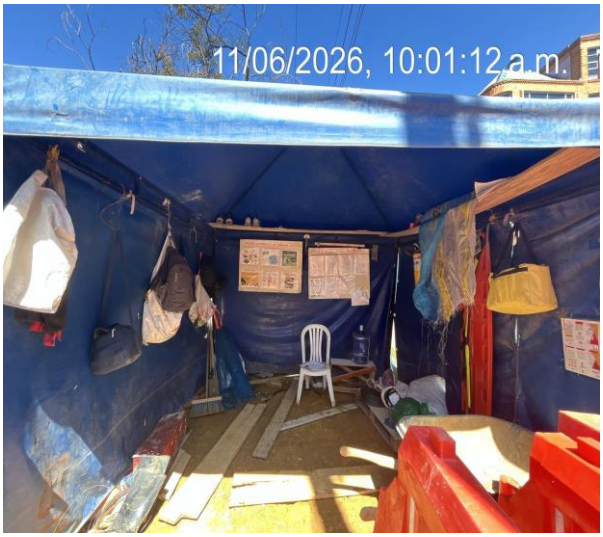
Ilustración 2 Punto Crea y Centro de acopio



Las Instalaciones del Punto de Atención al Ciudadano cuentan con los siguientes elementos.

- Servicio de baño
- Punto ecológico los cuales son protegidos contra la acción del agua, diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Extintor para el control de incendios
- Botiquín Tipo A de primeros auxilios
- Señalización de cada una de las áreas
- Señalización en caso de emergencia
- Avisos informativos
- Camilla.
- Cartelera SST y de Bioseguridad.

Ilustración 3 CIV 6001206



En el frente de obra CIV **6001206,** Ubicado desde la Calle 54 sur hasta Calle 54 A sur se cuenta con los Siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

Ilustración 4 CIV 6001013



En el frente de obra CIV **6001013,** Ubicado desde la CR 26 hasta la CR 27 se cuenta con los siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

Ilustración 5 CIV 6000372-600389



En el frente de obra CIV **6000372-600389,** Ubicado desde la CLL 50ª sur hasta TV 44 y desde CLL 50A sur Hasta la CLL 50B sur se cuenta con los siguientes elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

Ilustración 6 CIV 6000857



En el frente de obra CIV **6000857,** Ubicado desde la CR 33ª hasta la CR 34 se cuenta con los siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

Ilustración 7 CIV 6000557



En el frente de obra CIV **6000557**, ubicado desde la CR 36 hasta la CR 37 se cuenta con los siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

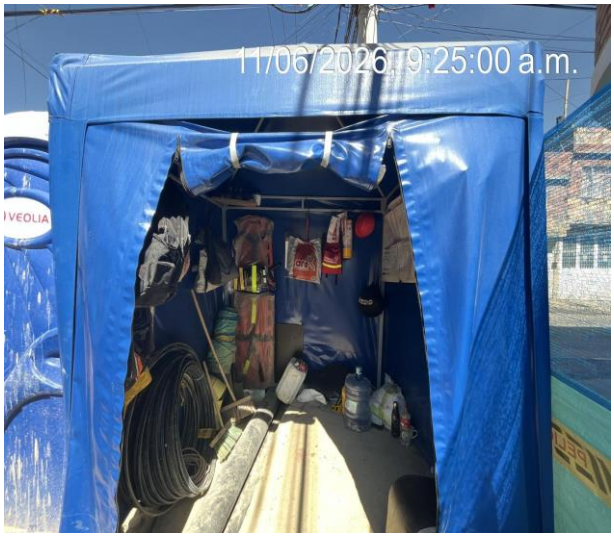
Ilustración 8 CIV 6000786



En el frente de obra CIV 6000786, ubicado desde la DG 52B sur hasta la CLL 52G sur, se cuenta con los siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

Ilustración 9 CIV 6000830



En el frente de obra CIV 6000830, ubicado desde la CLL 54 sur hasta la CLL 52 A sur, se cuenta con los siguientes Elementos:

- Carpa
- Unidades sanitarias portátiles
- Punto ecológico diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Kit de emergencias (camilla-extintor-botiquín).
- Señalización preventiva de seguridad industrial.
- Carteleras de normas y políticas SST-AMBIENTAL.
- Delimitación de las zonas de riesgos.

6.2 Personal de seguridad y salud en el trabajo – Ambiental

Para el cumplimiento de los requerimientos SST en la ejecución del contrato el contratista conformó un grupo de profesionales y se contara con una auxiliar SST- Ambiental, este grupo está conformado por:

Tabla 4 Personal SST- Ambiental

NOMBRE	DEDICACION	CARGO
Saraima Patricia Sierra Oñate	100%	Residente SST
Maria Vicenta Araujo Molina	100%	Auxiliar SST

Fuente: Consorcio COCO

6.3 personal contractual consorcio COCO contrato COP-613-2025

A continuación, se relaciona el personal Contractual de acuerdo con el pliego de condiciones.

Tabla 5 Personal Contractual

NOMBRE	CARGO
Marlo Waldir Santamaria Sánchez	Director de Obra
Nelson Alberto Hernández Niño	Residente de Obra
Jorge Eliecer Ibarra Hernández	Especialista Hidráulico
José Miguel Aldana Arévalo	Especialista en Pavimentos y Geotecnia
Carlos Andrés Muñoz León	Especialista en Tránsito y Transporte
Julián Ricardo Benavides Gil	Especialista Forestal
Hernán David Bermúdez Moncada	Residente Ambiental
Saraima Patricia Sierra Oñate	Residente SST
Maritza Mayerly Vanegas Rodríguez	Residente Social
Cesar Jefferson Martínez Castro	Topógrafo
Jorge Andrés Vega Bravo	Inspector 1
Hollman Farid Huérfano Ocampo	Inspector 2

Fuente: Consorcio COCO

6.4 Personal vigente Contrato COP-613-2025

Para el periodo en mención se encuentra el siguiente personal activo:

Tabla 6 Listado Personal Vigente

M					

TOTAL, ACTIVOS	39	6	12	1	0

Fuente: Consorcio COCO

Anexo 1Listado del Personal

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO

Durante el periodo de elaboración de este informe SST se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos
- ✓ Revisión de exámenes de ingreso
- ✓ Paz y salvo y retiro del personal
- ✓ Inspección de elementos de emergencia
- ✓ Inspección frentes de obra y Punto Crea
- ✓ Entrega de EPP-DOTACIÓN
- ✓ Orden y aseo
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Capacitación al personal
- ✓ Instalación de Carteleras SST informativas Punto Crea
- ✓ Comités con el FDLT- Interventoría
- ✓ Acompañamiento reunión de veeduría en el siguiente CIV 6001206-6000557**(Ver Anexo Informe Gestión Social).**

7.1 Inducción

El objetivo principal de la inducción es brindar al trabajador una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñara, los fines o razón social del Consorcio, la organización y la estructura de este. Con el proceso de inducción se busca resaltar las recomendaciones médicas prescritas por el Medico ocupacional del centro médico, el cual realizo al trabajador el examen de ingreso, de igual forma se da a conocer las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo y se notifica los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Se realizaron inducciones de inicio a los trabajadores informándoles acerca del proyecto las reglas de seguridad y salud en el trabajo que se deben cumplir y las actividades a realizar según el cronograma para llevar a cabalidad la ejecución del mismo.

Tabla 7 Inducciones periodo

INDUCCIÓN A LOS PUESTOS DE TRABAJO JUNIO 2026					
No. INFORME	**FECHA**	**TEMATICA**	**NUMERO DE ASISTENTES**	**TIEMPO**	**H/ H / C**
6	**1/6/2026**	Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo decreto 1072 y Resolución 0312. Responsabilidades generales en el SG- SST, Derechos y deberes del sistema de Riesgo laborales y demás normas que apliquen., Se realiza inducción del sistema general de seguridad y salud en el trabajo dando cumplimiento a la norma Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019 de los cuales se describen los temas desarrollados. Que son, Políticas del SG- SST, Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, políticas de seguridad industrial, políticas en salud Ocupacional, Funcionamiento del comité paritario de salud ocupacional COPASST, Funcionamiento del comité de convivencia laboral, Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles, Procedimientos seguros para el desarrollo de tareas de alto riesgo, la importancia de los EPP, que es el riesgo biológico por mordedura de caninos y felino, Riesgo público por atraco a mano armada, secuestro posiblemente muerte y tránsito vehicular posibles atrapamientos, cuidados que debemos tener ante el riesgo público	1	1:00:00	01:00:00
	4/6/2026		1	1:00:00	01:00:00
	5/6/2026		1	1:00:00	01:00:00
	16/6/2026		3	1:00:00	03:00:00
	17/6/2026		1	1:00:00	01:00:00

Fuente: Consorcio COCO

Anexo 2 Documentación legal, inducciones, planillas

7.2 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo

Teniendo en cuenta las características del proyecto y la necesidad de incluir personal para la ejecución de las actividades del CONSORCIO COCO realizo un proceso de inducción y entrenamiento de acuerdo a la fecha de ingreso con una duración de una hora en el cual se trataron los siguientes temas:

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Sistema General de Seguridad Social SGSS y Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, se le explica al trabajador la funcionalidad, derechos y deberes.
- ✓ Accidentes de trabajo, definición según la ley, procedimiento ante el reporte, cuando no aplica un evento como accidente de trabajo, casos reales de accidentes de trabajo.
- ✓ Enfermedad Laboral, definición según la Ley, casos reales y socialización.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.

7.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

Antes de iniciar actividades todos los trabajadores que participen en las mismas deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Toda persona visitante, conductor, personal relacionado con la obra, Interventoría, personal externo, etc. debe cumplir con las afiliaciones obligatorias y el uso de elementos de protección personal mientras permanezca en el área de desarrollo del proyecto.

- Afiliación del Personal a una Entidad Promotora de Salud (EPS).

Toda empresa debe afiliar a sus empleados a una EPS de su libre elección, los empleados que estén bajo el régimen subsidiado una vez inicien el vínculo laboral serán adscritos a una EPS, cuando el vínculo laboral desaparezca El Contratista entregará la respectiva carta para su reingreso al régimen subsidiado. El patrono descontará al empleado su aporte y pagará el suyo a la entidad correspondiente.

- Afiliación del Personal a un Fondo de Pensiones (AFP Administradora de Fondo de Pensiones).

El contratista debe afiliar a sus empleados a un Fondo de pensiones de libre elección del trabajador, allí deberá consignar su aporte para el auxilio de pensión correspondiente junto con el aporte del trabajador.

- Afiliación del Personal a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL)

Toda empresa legalmente constituida deberá afiliar a sus empleados a una ARL de elección del empleador, allí consignará el aporte correspondiente de acuerdo con la actividad económica establecida el decreto 1607 de 2002 y al decreto 1772 de 1994.

Anexo 3 Certificado de parafiscales

Anexo 4 Paz y Salvo

7.4 Capacitación Personal

El objetivo principal de la capacitación del personal de obra es asegurar que tengan las competencias necesarias para realizar sus tareas de manera segura, eficiente y efectiva, mejorando así la productividad, la seguridad y la calidad del trabajo.

Durante este periodo, se realizaron las capacitaciones en el siguiente tema:

Tabla 8 Capacitación Mensual

Fuente: Consorcio Coco

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante los formatos de asistencia.

Anexo 5 Capacitación del Personal

Durante este periodo, se realizaron charlas de 5 Minutos en los siguientes temas:

Tabla 9 Charlas de 5 Minutos

CHARLAS DE 5 MINUTOS JUNIO 2026					
No	**FECHA**	**TEMAS A DESARROLLAR**	**NUMERO DE ASISTENTES**	**TIEMPO**	**H/H.C**
1	4/6/2026	PELIGROS-RIESGOS	15	0:30:00	08:00:00
2	24/6/2026	ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	15	0:30:00	07:30:00

Fuente: Consorcio Coco

Anexo 6 Charlas 5 Minutos

8. COMITÉS DE OBRA

Los comités de seguimiento se realizan en las oficinas de la alcaldía local de Tunjuelito o de manera virtual con la asistencia y participación de la supervisión, el grupo de profesionales de la Interventoría AHSLA SHUGL INTERNATIONAL SAS y el CONSORCIO COCO.

A continuación, se presenta el consolidado de los comités realizados durante el periodo del informe, indicando el número de comité y la fecha en que fueron efectuados.

Tabla 10 Comité de seguimiento

Numero de Comité	Fecha de realización
22	3 de junio 2026
23	10 de junio de 2026
24	18 de junio de 2026
25	23 de junio de 2026

8.1 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

Se llevo a cabo la quinta reunión del Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST), el día 22 de junio de 2026, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 2 de la resolución 2013 de 1986, el comité se reunirá una vez al mes.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante:

Anexo 7 Comité COPASST

8.2 Comité de Convivencia Laboral

Se llevo a cabo la tercera reunión del Comité de Convivencia Laboral, el día 23 de junio de 2026, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1010 de 2006 y las Resolución 3461 del 2025.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante:

Anexo 8 Comité Convivencia Laboral

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de medicina preventiva y del trabajo busca la promoción y control de la salud de los trabajadores, protegiéndolos de los riesgos laborales y asegurando que las condiciones de trabajo se encuentren adecuadas.

9.1 Exámenes de Ingreso

Según la Resolución 2346 de 2007 se deben realizar exámenes médicos ocupacionales de ingresos a todo el personal antes de ingresar a laborar, para lo cual el CONSORCIO COCO, ha realizado exámenes médicos ocupacionales de ingreso de acuerdo al cargo a desempeñar.

El Consorcio realiza Evaluaciones Médicas Ocupacionales de ingreso, periódicas y de retiro en relación al profesiograma; para tal fin se diligencia la Historia Clínica Ocupacional previo diseño de los perfiles psicofisiológicos, esta historia es manejada por las clínicas (medico ocupacional) de convenio establecidas con las instituciones. Se cuenta con un convenio con los Centros Médicos Anmediprev Ltda., Mediexpress IPS, Compásales ips, Divino Niño Jesús, Medipro IPS, Servicios Médicos Integrales Santa Helena, y otros en los cuales se desarrollan estas actividades y cuentan con su licencia en salud ocupacional.
En cumplimiento de lo anterior se verifica mediante:

Véase en el Anexo 2 Documentación Legal, Inducciones, planillas

9.2 Exámenes de Egreso

Los exámenes médicos de egreso se realizarán cuando a un empleado se le da o el mismo decide terminar sus labores, sin importar la causa. Este examen comprende de un chequeo médico general, y busca tener la certeza que la persona se retira en buenas condiciones de salud laboral. Teniendo en cuenta la Resolución 0312 de 2019, el trabajador tendrá 5 días hábiles para hacerse el examen una vez sea notificado, de no realizárselo se dará por entendido su renuncia a este.

10. DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA TRABAJO SEGURO

10.1 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.

Son particularmente aquellos elementos de protección personal que hacen parte de la dotación cuyo objeto es proteger al personal de los riesgos de actividades y exposiciones que tienen de acuerdo a las labores que desempeñan minimizando los riesgos o en lo posible evitándolos completamente.

10.2 Entrega y Reposición de EPP.

Se ha entregado casco, overol, Botas Tipo Cuero o Caucho, monogafas de seguridad, protector auditivo tipo inserción o Copa, protección respiratoria (mascarilla normal), guantes vaqueta y guantes de caucho, a todo el personal de obra y se hará reposición cada vez que sea necesario.

Anexo 9 Entrega DOTACIÓN-EPP

10.3 Registro de Inspecciones Efectuadas

En cuanto a la realización de inspecciones, de acuerdo al Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Se realizaron en el periodo en mención las siguientes inspecciones:

Tabla 11 Inspecciones mensuales

No. INFORME	INSPECCION REALIZADA	FRENTE DE OBRA	RESPONSABLES	FECHA
6	Inspección locativa	Punto crea Almacén CIV 6000372 6000389 6001200 6001013 6000857 6000557 6000830	Residente SST	10/6/2026
	Inspección señalización y seguridad		Residente SST	10/6/2026
	Inspección orden y aseo		Residente SST	10/6/2026
	Inspección herramientas manuales		Residente SST	10/6/2026
	Inspección extintores		Residente SST	10/6/2026
	Inspección botiquín		Residente SST	10/6/2026
	Inspección camilla		Residente SST	10/6/2026

Fuente: Consorcio Coco

Anexo 10 Inspecciones Mensuales

10.4 Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos

Este componente tiene como objetivo establecer los lineamientos que faciliten la implementación de medidas que mitiguen los riesgos que puedan generar.

Durante el periodo del presente informe, se realizaron actividades de inspección preoperacional a la maquinaria y vehículos que se encuentran operando dentro de los frentes de obra.

Anexo 11 Relación de Maquinaria y Vehículos

Para el presente periodo se contó con la siguiente maquinaria en obra:

Tabla 12 Relación de Maquinaria en obra

COCO CONSORCIO	**EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C**							
	CONTRATO OBRA 613 -2025							
MAQUINARIA					**OPERADOR**	**STICKER No. MOVIL**	**CONTRATISTA**	**CIV**
ITEM	**NOMBRE MAQUINARIA**	**MARCA**	**SERIAL**	**MODELO**	**NOMBRE OPERADOR**			
1	MINICARGADOR	JHON DEERE	1T018EAPEG266950	318E	LUIS ALBERTO BARRAGAN GOMEZ	38	CONSTRUCCIONES CIVILES BURGOS	6000372
2	VIBROCOMPACTADOR	HAMM	WGH0H262PHAA02037	HD12VV	BLASS MARIA GARZON	31	CONSTRUCCIONES CIVILES BURGOS	6001013
3	RETRO EXCAVADORA	HITACHI	HCM1P300C00082622	75US	CARLOS CADENA JARA	18	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	6000857
4	MINICARGADOR	BOBCAT	A3L936781	S-185	VICENTE GUIZA PINZON	26	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	6000857
5	VIBROCOMPACTADOR	DYNAPAC	60131014601043	CC122	VICENTE GUIZA PINZON	32	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	6000857

Fuente: Consorcio Coco

Anexo 12 Preoperacionales Maquinaria

Tabla 13 Relación Vehículos en Obra

	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C										
	CONTRATO OBRA No. 613-2025										
CONDUCTORES		VOLQUETAS									
NOMBRE CONDUCTOR	CEDULA	PLACA	MODELO	SOAT	VENCE	REVISION TECNIMECANICA	VENCE	PIN	STICKER No. MOVIL	CONTRATISTA	OBSERVACIÓN
BENEN ANTONIO CRISTIANO ALDANA	79,136,334	NOW 390	2023	9310018067101	26/3/2026	N/A	N/A	25155	9	CONSTRUCCION CIVILES BURGOS	N/A
MARCO JULIO MERCHAN MOLINA	1,050,200,299	UVM 655	2015	8901083756802	8/3/2026	180176684	13/3/2026	19448	10	CONSTRUCCION CIVILES BURGOS	N/A
CARLOS ANDRES SANTANA	80,246,263	SMA 801	2007	1523007266903	11/7/2026	183312340	19/8/2026	11450	19	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
LUIS CARLOS CABALLERO	79,210,190	AFE 182	1955	3308006347171000	7/2/2027	187525338	7/2/2027	16756	20	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
JOSE HUMBERTO POVEDA	80,231,144	SNF 516	1952	95433073615269042	16/2/2027	185481419	22/11/2026	247	21	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
JUSTO RAFAEL PALACIOS HUERTAS	19,311,450	SBC537	1951	91234745611985231	27/4/2026	181043612	3/5/2026	11528	25	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
DIEGO VARGAS PATIÑO	1,033,718,626	SPV659	2011	3600047288	24/7/2026	183299687	19/8/2026	4034	24	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
JOSE MAURICO PEDRAZA ARDILA	80,750,070	STY 655	2011	10037032914	18/11/2026	188512670	18/3/2027	27921	35	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A
JORGE ERNESTO BARBOSA OSSMAN	96,166,476	TFP 488	2012	10035708755	12/2/2027	185664643	30/11/2026	3279	36	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS	N/A

Fuente: Consorcio Coco

Anexo 13 Preoperacionales Vehículos

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

11.1 Reporte de Accidentes e Incidentes

Para verificar los indicadores de accidentabilidad exigidos en la normatividad colombiana según Resolución 0312 de 2019, por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes, durante el presente periodo NO se presentó ningún tipo accidente de trabajo.

11.2 Estadísticas de Accidentalidad

De acuerdo con lo anterior el CONSORCIO COCO para el presente periodo reporta una estadística de Accidentalidad en 0, con Índice de frecuencia del 0% y un índice de severidad del 0%.

11.3 Estadísticas de Ausentismo Laboral

De igual forma para el cálculo de los indicadores de ausentismo y enfermedad se utiliza para cumplimiento de la normativa legal vigente en Colombia la Resolución 0312 de 2019, por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes.

Para el presente periodo se reporta una estadística de ausentismo laboral del 0%

Anexo 14 Indicadores de Accidentalidad y Ausentismo

12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

12.1 Trabajo Seguro en Excavación

El trabajo seguro en excavación implica la implementación de medidas de prevención para proteger a los trabajadores de riesgos como derrumbes, caídas y otros accidentes. Esto incluye inspecciones previas, uso de sistemas de protección, demarcación de áreas y capacitación del personal.

Para el presente periodo las actividades de excavaciones no han superado los 2 M

12.2 Trabajo en Alturas

La Resolución 4272 de 2021 establece los requisitos mínimos de seguridad para este tipo de trabajo. Incluye la capacitación de los trabajadores, la implementación de sistemas de protección contra caídas y la supervisión constante de las actividades.

El objeto de este programa es establecer las fases de trabajo y los puntos clave de seguridad que deberán seguirse durante la realización de trabajos en altura.

Para el presente periodo las actividades de excavaciones no han superado los 2 M.

12.3 Izaje mecánico de cargas

El izaje mecánico de cargas es el proceso de elevar y mover objetos pesados o de gran tamaño utilizando equipos especializados como grúas, polipastos, eslingas y otros dispositivos.

El consorcio no contara con izaje mecánico, ya que no se cuenta con objetos de carga pesada que requieran de este procedimiento, sin embargo, durante la ejecución de las actividades si se presentara el caso de una eventualidad como: caída de un poste, volcamiento de maquinaria, se realiza la respectiva solicitud ante la entidad competente (energía y telefonía) y se contrataría servicios de grúa según el caso.

12.4 Manipulación de Redes Eléctricas

En el periodo del presente informe no se ha presentado actividad relacionadas con las intervenciones sobre redes eléctricas, en caso de requerir intervenciones en las redes de este sistema se dará aviso al proveedor del servicio para que realice las intervenciones que garanticen la seguridad del sitio de trabajo a intervenir.

En caso tal que se llegase a presentar una eventualidad sobre los postes eléctricos, y estos estén hincados se procederá apuntalar al poste para dar estabilidad al mismo mientras hacen presencia los técnicos de energía eléctricas.

13. CONCLUSIONES

Las actividades del Área SST, se han efectuado de acuerdo a lo planteado en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, de igual forma se han atendido las observaciones y las directrices dadas por la interventoría, lo cual evidencia cumplimiento con lo establecido en el pliego de condiciones del proyecto.

La gestión que se realizó ha contribuido de manera muy importante, para identificar y resaltar la implementación exitosa del sistema de Gestión en seguridad y Salud en el Trabajo.

Para el presente periodo no se han presentado incidentes/accidentes de trabajo.

Se realizaron inspecciones a cada maquinaria con el fin de verificar que se encuentren en condiciones óptimas de operación y así prevenir cualquier tipo de accidente.

Se realizaron inspecciones de Botiquín, Camilla, Extintor con el fin de que estos se encuentren en buen estado en caso de presentarse una emergencia.

Se realizaron capacitaciones y charlas en temas de SST con el fin de fortalecer la seguridad y la salud de todos los trabajadores, prevenir accidentes y enfermedades laborales, y garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Anexo 15 Registro Fotográfico

ANEXO 1 LISTADO DEL PERSONAL

FORMATO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.472.482
SANTAMARIA SANCHEZ
APELLIDOS
MARLO WALDIR
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1974
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

30-NOV-1992 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TO

A-1500150-00162938-M-0091472482-20090715 0013469336A 2 12200423



REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES

MATRICULA No. 2520280201CND
INGENIERO CIVIL
DE FECHA 2000/03/21.
APELLIDOS
SANTAMARIA SANCHEZ
NOMBRES
MARLO WALDIR
C.C. 91.472.482
UNIVERSIDAD
DE LA SALLE

Presidente del Consejo

Medellín, 10 de June 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 COCO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C91472482	SANTAMARIA SANCHEZ MARLO WALDIR	11/06/2026		16917622	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 10/06/2026 11:20:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.169.248, 192.230.104.7, 172.16.42.57

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar B
16/06/2026
COD: 475 Diana Lopez
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 16 6 2026

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 (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	1
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	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				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)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
SANTAMARIA	SANCHEZ	MARLO	WALDIR	CC	91472482	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	COLOMBIANO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	6 9 1974

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 [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
COLFONDOS S A	4250000		CALLE 2 # 76M 43 BLOQUE 2D

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento de residencia
	3108185814	marlosantamarias@yahoo.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito de residencia	Localidad/Comuna	Zona						
		Cabecera Municipal	[X]	Centro Poblado	[ ]	Rural Disperso	[ ]	Resto Rural [ ]
BOGOTá D.C.	KENEDY							

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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
						Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?					

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V003
FOR-EPSVTA-0002

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social: **CONSORCIO COCO**			
56. Tipo de documento de identificación: **NI**	57. Número del documento de identificación: **902010258**	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación: **CARREA 15 #93A-84** Dirección			**3244111638** Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	**rhprocom@hotmail.com** Correo electrónico	**BOGOTá D.C.** Departamento	**CUNDINAMARCA** Municipio/Distrito

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.
- [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 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: **SANTAMARIA** Primer Apellido	**SANCHEZ** Segundo Apellido	**MARLO** Primer Nombre	**WALDIR** Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: **CC**	10. Número de documento de identidad: **91472482**	62. Sexo biológico: Femenino [ ]	Masculino [X]	63. Sexo identificación: F [ ]	M [X]	T [ ]	NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **6 9 1974**	65. EPS anterior
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **11 6 2026**	67. Motivo de traslado Cod. [ ] — 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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 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 del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos:
- [ ] 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 arcticulo 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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:

91472482

Compensar B

16/06/2026

COD: 475 Diana Lopez
SUJETO A 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

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

compensar | salud eps

	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?	X	
¿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?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	X	

SI: [X] Correo electrónico: **marlosantamarias@yahoo.com** 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: CC 91472482

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: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para 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, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria 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 o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
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.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate 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
Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

compensar B
16/06/2026
COD: 475 Diana Lopez
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 91472482

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARLO WALDIR SANTAMARIA SANCHEZ identificado(a) con C.C No. 91.472.482, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de junio del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Bogotá D.C., 16 de Junio de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 16/6/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 91472482
Nombres y Apellidos	MARLO WALDIR SANTAMARIA SANCHEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 902019559
Razón Social Empleador	CONSORCIO AN-PM.
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	11/6/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	16/6/2026
Cargo	DIRECTOR DE OBRA
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 4250000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código zkaoADvQS

Vigilado Supersubsidio

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.964

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO COCO - CONSORCIO AN PM

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
SANTAMARIA SANCHEZ MARLO WALDIR	MASCULINO	51 AÑOS 9 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	91472482 (Número)

Cargo: **DIRECTOR DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
EPS COMPENSAR	COLFONDOS	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SEGÚN PERFIL DE CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE CORRECCION VISUAL SOLO PARA LECTURA Y VISION CERCANA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

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



Firma:

Nombre: CC: 52220653 - LYDA ROCIO RIVERA

R. M.: 52220653 **L.S.O.:** 18680 30/11/2017

Código de Seguridad
Z622F1L40964

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANTAMARIA SANCHEZ MARLO WALDIR

CC: 91472482

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.820.454**

HERNANDEZ NIÑO

APELLIDOS

NELSON ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.85	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-JUN-2003 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00281878-M-0080820454-20110223 **0025912456A 1** 36061012

Scanned with CamScanner

Medellín, 18 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO identificado(a) con C80820454 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C808204542616941926

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011830671
9011830671

No. de Radicación: 28965457

Fecha de Radicación: 25 02 2025

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. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: HERNANDEZ	Segundo Apellido: NIÑO	Primer Nombre: NELSON	Segundo Nombre: ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80820454	Femenino [ ] Masculino [X]	D 02 D M 12 M A A 1984 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$4.500.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	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		

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)
CONSORCIO VIAS CB VEINTICUATRO	NT	901846534	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 15 93A 84	4770190		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [ ] 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 [X] 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 20 D M 01 M A 2025 A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o 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

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la 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. Copia del 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: ARQUITECTO RESIDENTE

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.220

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO VIAS CB 2024

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	
HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	MASCULINO	40 AÑOS 1 MESES 23 DÍAS	Tipo: CC	Número: 80820454

Cargo
INGENIERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
C622I1O35220

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO

CC: 80820454

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:

NELSON ALBERTO HERNANDEZ NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.820.454**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio del 2026.

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.

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82398703	19/05/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$138,836,648	$42.150.100	

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					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	95.700	0		0		0	8	600	0	96.300	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	2.058.400	0		0		0	8	11.800	0	2.070.200	22
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.110.500	0		0		0	8	6.400	0	1.116.900	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	370.000	0		0		0	8	2.200	0	372.200	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	374.100	0		0		0	8	2.200	0	376.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	360.300	0		0		0	8	2.100	0	362.400	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	673.500	0		0		0	8	3.900	0	677.400	8
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	256.300	0		0		0	8	1.500	0	257.800	3
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	91.100	0		0		0	8	600	0	91.700	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	4.551.400	0	0	50.000	50.000	8	26.100	600	4.678.100	9
230301	Porvenir	800224808-8	9.555.300	0	0	0	0	8	54.700	0	9.610.000	26
231001	Colfondos	800227940-6	1.739.200	0	0	0	0	8	10.000	0	1.749.200	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.762.400	0	0	0	0	8	33.000	0	5.795.400	16

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.300.200				9.300.200	8	53.200	9.353.400			93.002	9.353.400	54

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.511.200	8	31.600	5.542.800	54

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82398703	19/05/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$138,836,648	$42.150.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	9	5.389.900	5.421.200
Pensión	4	21.708.300	21.832.700
Riesgos Laborales	1	9.300.200	9.353.400
CCF	1	5.511.200	5.542.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	41.909.600	42.150.100

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82398703	19/05/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$138,836,648	$42.150.100	

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	Cotiz. 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 1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S								X									230201	2.037.933	28	326.100	0	0	0	0	EPS002	2.037.933	28	81.600	14-11	2.037.933	28	5	141.900	CCF24	2.037.933	28	81.600	0	0	0	0	0
2	CC 1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S									X								230201	153.204	2	18.400	0	0	0	0	EPS002	153.204	2	0	14-11	153.204	2	5	0	CCF24	0	2	0	0	0	0	0	0
3	CC 1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S																	25-14	2.295.000	27	367.200	0	0	0	0	EPS002	2.295.000	27	91.800	14-11	2.295.000	27	5	159.800	CCF24	2.295.000	27	91.800	0	0	0	0	0
4	CC 1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S										X							25-14	228.365	3	36.600	0	0	0	0	EPS002	228.365	3	9.200	14-11	228.365	3	5	0	CCF24	228.365	3	0	0	0	0	0	0
5	CC 1073675138	REYES TOVAR PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
6	CC 80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S								X									230301	1.769.937	30	283.200	0	0	0	0	EPS002	1.769.937	30	70.800	14-11	1.769.937	30	5	123.200	CCF24	1.769.937	30	70.800	0	0	0	0	0
7	CC 1007114716	MUÑOZ TORRES EDWIN ANTONIO	1	0			S								X									230201	2.321.852	30	371.500	0	0	0	0	EPS005	2.321.852	30	92.900	14-11	2.321.852	30	5	161.700	CCF24	2.321.852	30	92.900	0	0	0	0	0
8	CC 1118572593	LEAL CAMARGO CARMEN KARINA	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
9	CC 92530811	PEREZ MERCADO ROBERT LUIS	1	0			S								X									25-14	2.391.318	30	382.700	0	0	0	0	CCFC33	2.391.318	30	95.700	14-11	2.391.318	30	5	166.500	CCF24	2.391.318	30	95.700	0	0	0	0	0
10	CC 1073678314	ROJAS FIGUEROA SHAIEL	1	0			S								X									25-14	1.905.537	30	304.900	0	0	0	0	EPS008	1.905.537	30	76.300	14-11	1.905.537	30	5	132.700	CCF24	1.905.537	30	76.300	0	0	0	0	0
11	CC 1073700745	SANCHEZ AREVALO AURA CRISTINA	1	0			S								X									230201	1.866.998	30	298.800	0	0	0	0	EPS037	1.866.998	30	74.700	14-11	1.866.998	30	5	130.000	CCF24	1.866.998	30	74.700	0	0	0	0	0
12	CC 1110553605	RIVERA RIVERA DAIRO ALEJANDRO	1	0			S																	231001	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS002	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
13	CC 79574426	GIL NARVAEZ NELSON	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS005	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
14	CC 1193449453	BOTONERO SANTOS FRANCISCO JOSE	1	0			S								X									25-14	2.320.546	30	371.300	0	0	0	0	EPS037	2.320.546	30	92.900	14-11	2.320.546	30	5	161.600	CCF24	2.320.546	30	92.900	0	0	0	0	0
15	CC 1005485071	ROJAS VELASCO MAURA FERNANDA	1	0			S		X						X									25-14	1.823.926	30	291.900	0	0	0	0	EPS041	1.823.926	30	73.000	14-11	1.823.926	30	5	127.000	CCF24	2.086.562	30	83.500	0	0	0	0	0
16	CC 1024540508	MONROY JUAN GABRIEL	1	0			S								X									230301	2.451.764	30	392.300	0	0	0	0	EPS037	2.451.764	30	98.100	14-11	2.451.764	30	5	170.700	CCF24	2.451.764	30	98.100	0	0	0	0	0
17	CC 1000615574	SABOGAL FRANCO BRANDON STIV	1	0			S								X									230301	2.181.336	28	349.100	0	0	0	0	EPS002	2.181.336	28	87.300	14-11	2.181.336	28	5	151.900	CCF24	2.181.336	28	87.300	0	0	0	0	0
18	CC 1000615574	SABOGAL FRANCO BRANDON STIV	1	0			S										X							230301	116.728	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.728	2	4.700	14-11	116.728	2	5	0	CCF24	116.728	2	0	0	0	0	0	0
19	CC 1233507924	ROJAS RINCON JOHAN SEBASTIAN	1	0			S								X									230301	2.173.913	30	347.900	0	0	0	0	EPS017	2.173.913	30	87.000	14-11	2.173.913	30	5	151.400	CCF24	2.173.913	30	87.000	0	0	0	0	0
20	PT 1281523	ALVAREZ GONZALEZ GABRIEL RICARDO	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS002	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
21	CC 1024578788	SALAZAR CARDENAS YERLY CATHERINE	1	0			S								X									230301	2.276.272	30	364.300	0	0	0	0	EPSC34	2.276.272	30	91.100	14-11	2.276.272	30	5	158.500	CCF24	2.276.272	30	91.100	0	0	0	0	0
22	CC 1032424984	AGUIRRE LOPEZ LEIDY PAOLA	1	0			S																	231001	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS002	4.300.000	30	172.000	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	0	0	0	0	0
23	CC 1027524875	BERMUDEZ SUTA JUAN PABLO	1	0			S								X									230301	2.359.915	30	377.600	0	0	0	0	EPS002	2.359.915	30	94.400	14-11	2.359.915	30	5	164.300	CCF24	2.359.915	30	94.400	0	0	0	0	0
24	CC 1003786534	SALAZAR BAILARIN NILSON	1	0			S								X									230201	2.331.368	30	373.100	0	0	0	0	EPS037	2.331.368	30	93.300	14-11	2.331.368	30	5	162.300	CCF24	2.331.368	30	93.300	0	0	0	0	0
25	CC 1075090261	VELASQUEZ SALAZAR ORLEY	1	0			S								X									25-14	2.268.659	30	363.000	0	0	0	0	EPS041	2.268.659	30	90.800	14-11	2.268.659	30	5	157.900	CCF24	2.268.659	30	90.800	0	0	0	0	0
26	CC 1033700179	GAONA RAMOS FABIAN DAVID	1	0			S								X									230201	2.331.368	30	373.100	0	0	0	0	EPS017	2.331.368	30	93.300	14-11	2.331.368	30	5	162.300	CCF24	2.331.368	30	93.300	0	0	0	0	0
27	CC 1120356744	OCAMPO GARZON HECTOR MAURICIO	1	0			S		X						X									230301	772.682	9	123.700	0	0	0	0	EPS002	772.682	9	31.000	14-11	772.682	9	5	53.800	CCF24	821.124	9	32.900	0	0	0	0	0
28	CC 1078753056	VELA TULCAN YEIDER FABIAN	1	0			S								X									25-14	2.340.884	30	374.600	0	0	0	0	EPS037	2.340.884	30	93.700	14-11	2.340.884	30	5	163.000	CCF24	2.340.884	30	93.700	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82398703	19/05/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$138,836,648	$42.150.100	

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
29	CC 1101456083	CONTRERAS MELENDEZ JUAN DAVID	1	0			S								X									25-14	2.207.663	30	353.300	0	0	0	0	EPS002	2.207.663	30	88.400	14-11	2.207.663	30	5	153.700	CCF24	2.207.663	30	88.400	0	0	0	0	0
30	CC 1063561127	CAÑAS RINCON LEWIS MIGUEL	1	0			S								X									25-14	2.283.789	30	365.500	0	0	0	0	EPS002	2.283.789	30	91.400	14-11	2.283.789	30	5	159.000	CCF24	2.283.789	30	91.400	0	0	0	0	0
31	CC 1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S																	230301	1.785.000	21	285.600	0	0	0	0	EPS041	1.785.000	21	71.400	14-11	1.785.000	21	5	124.300	CCF24	1.785.000	21	71.400	0	0	0	0	0
32	CC 1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S										X							230301	525.273	9	84.100	0	0	0	0	EPS041	525.273	9	21.100	14-11	525.273	9	5	0	CCF24	525.273	9	0	0	0	0	0	0
33	CC 1000516593	PAZ HERNANDEZ LUIS CARLOS	1	0			S								X									230301	2.377.649	30	380.500	0	0	0	0	EPS002	2.377.649	30	95.200	14-11	2.377.649	30	5	165.500	CCF24	2.377.649	30	95.200	0	0	0	0	0
34	CC 1022950657	SANCHEZ PADILLA SANDRA MILENA	1	0			S								X									230301	2.317.959	30	370.900	0	0	0	0	EPS002	2.317.959	30	92.800	14-11	2.317.959	30	5	161.400	CCF24	2.317.959	30	92.800	0	0	0	0	0
35	CC 1001032434	GONZALEZ USUGA BRAYAN STEVEN	1	0			S	X							X									230301	665.212	1	106.500	0	0	0	0	EPS037	665.212	1	26.700	14-11	665.212	1	5	46.300	CCF24	1.032.902	1	41.400	0	0	0	0	0
36	CC 1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S								X									231001	2.069.886	30	331.200	0	0	0	0	EPS010	2.069.886	30	82.800	14-11	2.069.886	30	5	144.100	CCF24	2.069.886	30	82.800	0	0	0	0	0
37	CC 1065578614	ROJAS MOLINA DUVAL ARTURO	1	0			S	X							X									230301	1.248.485	16	199.800	0	0	0	0	EPS002	1.248.485	16	50.000	14-11	1.248.485	16	5	86.900	CCF24	1.759.818	16	70.400	0	0	0	0	0
38	CC 52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S								X									230301	2.113.024	30	338.100	0	0	0	0	EPS008	2.113.024	30	84.600	14-11	2.113.024	30	5	147.100	CCF24	2.113.024	30	84.600	0	0	0	0	0
39	CC 1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S								X									230301	2.302.241	30	368.400	0	0	0	0	EPS037	2.302.241	30	92.100	14-11	2.302.241	30	5	160.300	CCF24	2.302.241	30	92.100	0	0	0	0	0
40	CC 80855128	RUSSI GUSTAVO	1	0			S																	230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
41	CC 1022949674	GONZALEZ FABIAN LEONARDO	1	0			S								X									230301	2.083.409	30	333.400	0	0	0	0	EPS008	2.083.409	30	83.400	14-11	2.083.409	30	5	145.100	CCF24	2.083.409	30	83.400	0	0	0	0	0
42	CC 5969575	TRIANA GUTIERREZ ALEXANDER	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS037	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
43	CC 1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S															4		230201	233.455	4	37.400	0	0	0	0	EPS008	233.455	4	9.400	14-11	233.455	4	5	0	CCF24	233.455	4	0	0	0	0	0	0
44	CC 1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S								X									230201	1.758.897	26	281.500	0	0	0	0	EPS008	1.758.897	26	70.400	14-11	1.758.897	26	5	122.500	CCF24	1.758.897	26	70.400	0	0	0	0	0
45	CC 1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S									X								230301	309.725	4	37.200	0	0	0	0	EPS002	309.725	4	0	14-11	309.725	4	5	0	CCF24	0	4	0	0	0	0	0	0
46	CC 1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S								X									230301	2.034.764	26	325.600	0	0	0	0	EPS002	2.034.764	26	81.400	14-11	2.034.764	26	5	141.700	CCF24	2.034.764	26	81.400	0	0	0	0	0
47	CC 1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S								X									230301	2.387.598	30	382.100	0	0	0	0	EPS005	2.387.598	30	95.600	14-11	2.387.598	30	5	166.200	CCF24	2.387.598	30	95.600	0	0	0	0	0
48	CC 1012346153	BORBON BRIÑEZ BRALLAN ESTIVEN	1	0			S	X							X									25-14	1.910.078	30	305.700	0	0	0	0	EPS002	1.910.078	30	76.500	14-11	1.910.078	30	5	133.000	CCF24	2.676.391	30	107.100	0	0	0	0	0
49	CC 80245298	RESTREPO IZQUIERDO OSCAR LEONARDO	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS002	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
50	CC 75074775	CASTRO GOMEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S								X									230301	3.280.114	30	524.900	0	0	0	0	EPS010	3.280.114	30	131.300	14-11	3.280.114	30	5	228.300	CCF24	3.280.114	30	131.300	0	0	0	0	0
51	CC 1033780457	CRUZ RINCON MARIA FERNANDA	1	0			S																	25-14	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
52	CC 80229640	GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	1	0			S	X																230301	2.866.667	20	458.700	0	0	0	0	EPS002	2.866.667	20	114.700	14-11	2.866.667	20	5	199.600	CCF24	4.945.000	20	197.800	0	0	0	0	0
53	CC 1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
54	CC 80132029	RODRIGUEZ RINCON JOHN ALEJANDRO	1	0			S																	230201	10.000.000	30	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS005	10.000.000	30	400.000	14-11	10.000.000	30	5	696.000	CCF24	10.000.000	30	400.000	0	0	0	0	0
55	CC 1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	1	0			S																	230201	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS005	4.300.000	30	172.000	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	0	0	0	0	0
56	CC 80820454	HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	1	0			S																	230301	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS017	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
57	CC 1000328225	RODRIGUEZ JHON ALVARO	1	0			S								X									25-14	2.335.270	30	373.700	0	0	0	0	EPS002	2.335.270	30	93.500	14-11	2.335.270	30	5	162.600	CCF24	2.335.270	30	93.500	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82398703	19/05/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$138,836,648	$42.150.100	

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
58	CC 14250967	PEMBERTY PINO DIEGO LEON	1	0			S		X															25-14	1.900.000	30	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	30	76.000	14-11	1.900.000	30	5	132.300	CCF24	2.010.833	30	80.500	0	0	0	0	0
59	CC 1013689175	CAICEDO SUAREZ DANIEL STIVEN	1	0			S	X																230301	1.791.667	25	286.700	0	0	0	0	EPS002	1.791.667	25	71.700	14-11	1.791.667	25	5	124.800	CCF24	1.791.667	25	71.700	0	0	0	0	0
60	CC 1010023785	CERON CONDE ANGIE LISBETH	1	0			S	X																230201	1.146.667	16	183.500	0	0	0	0	EPS008	1.146.667	16	45.900	14-11	1.146.667	16	5	79.900	CCF24	1.146.667	16	45.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.858.033**

AVILA SUAREZ

APELLIDOS

LAURA VALENTINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

16-DIC-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01120127-F-1000858033-20191217 **00693**41947A 1 8500133781

Medellín, 11 de June 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 COCO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000858033	AVILA SUAREZ LAURA VALENTINA	16/06/2026		12732239	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 11/06/2026 10:54:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.169.248, 192.230.104.7, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012939921
9012939921

No. de Radicación SAT: 30715082

Fecha de Radicación: 17 06 2026 (D D M M A A A A)

1. 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 (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	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			
Primer Apellido: AVILA	Segundo Apellido: SUAREZ	Primer Nombre: LAURA	Segundo Nombre: VALENTINA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1000858033	Femenino: X Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			24 D 10 M A 2001 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad — Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$2.000.000	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: 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 — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
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 del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	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			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)
CONSORCIO COCO	NT	902010258	

59. Ubicación				
CARRERA 15 93A 84 Dirección	4770190 Teléfono	Correo electrónico	MONTERIA Municipio / Distrito	CORDOBA Departamento

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 identidad [ ]
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 [X]
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 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 16 M 06 A 2026	Código [ ]	

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 impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de 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.
- [ ] 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 la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el 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 del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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. [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: INGENIERO CIVIL

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.

Vigilado Supersalud

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:

LAURA VALENTINA AVILA SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.858.033**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Junio del 2026.

Cordialmente,

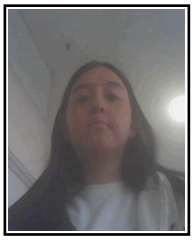
Gerencia de Clientes

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.

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.979

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO SAN CRISTOBAL

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
AVILA SUAREAZ LAURA VALENTINA	FEMENINO	24 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1000858033 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE INGENIERIA**

EPS	AFP	ARL
EPS FAMSANAR	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SEGÚN PERFIL DE CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

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

Firma: Lyda Rivera A.

Nombre: CC: 52220653 - LYDA ROCIO RIVERA

R. M.: 52220653 **L.S.O.:** 18680 30/11/2017

Código de Seguridad
X622D1J40979

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: AVILA SUAREAZ LAURA VALENTINA

CC: 1000858033

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.905.539**

URBANO RODRIGUEZ

APELLIDOS

DAVID EDMUNDO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1976**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500100-01092612-M-0079905539-20190812 **0067**51375A 1 9909522237

Powered by CamScanner

Medellín, 16 de Junio 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 COCO, 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 afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79905539	URBANO RODRIGUEZ DAVID EDMUNDO	17/06/2026		12150153	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:C10658256682616730108

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 16/06/2026 08:21:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.169.248, 192.230.104.7, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/06/2026, el empleador consorcio coco identificado con NIT número 902010258 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10457137	18/06/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79905539	DAVIDEDMUNDO URBANO RODRIGUEZ	2850000	TOPOGRAFO	2026-06-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Junio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

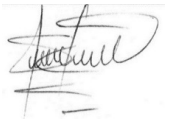
Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAVID EDMUNDO URBANO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79905539,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2016** 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 12 de mayo de 2026.



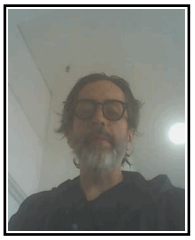
Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.012

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO COCO

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
URBANO RODRIGUEZ DAVID EDMUNDO	MASCULINO	49 AÑOS 8 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	79905539 (Número)

Cargo: **TOPOGRAFO**

EPS	AFP	ARL
EPS LA NUEVA	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MANEJO DE PATOLOGIA CRONICA POR NEUROLOGIA EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

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



Firma:

Nombre: CC: 52220653 - LYDA ROCIO RIVERA

R. M.: 52220653 **L.S.O.:** 18680 30/11/2017

Código de Seguridad
I622O1U41012

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: URBANO RODRIGUEZ DAVID EDMUNDO

CC: 79905539

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.591.758**

MENA HERNANDEZ

APELLIDOS

MAURICIO ESTEBAN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-2002**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-ENE-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIO
ALEXANDER VEGA ROCH

P-1500150-01126864-M-1000591758-20200117 **00696**91521A 1 8500216

Medellín, 29 de May 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 COCO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000591758	MENA HERNANDEZ MAURICIO ESTEBAN	01/06/2026		m211c141	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 29/05/2026 14:48:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.181.249, 192.230.104.10, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016965385	1|7|0|6|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MENA Primer apellido	HERNANDEZ Segundo apellido	MAURICIO Primer nombre	ESTEBAN Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1000591758	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			0|8|0|1|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2000000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 79SUR 77G 75		3125632498	ESTEBANNNN080102@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	BOSA	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO COCO	NIT	902010258	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 9 40 20	2333333	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	CORDOBA	MONTERIA

No de Radicacion
4016965385

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|6|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

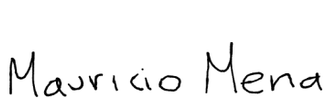
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

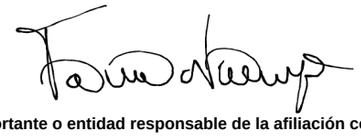
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS



80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAURICIO ESTEBAN MENA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000591758,** se encuentra afiliado/a desde **12/10/2023** 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 29 de mayo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.877

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	05 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO COCO

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
MENA HERNANDEZ MAURICIO ESTEBAN	MASCULINO	24 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1000591758 (Número)

Cargo: **CADENERO I**

EPS	AFP	ARL
EPS SALUD TOTAL	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

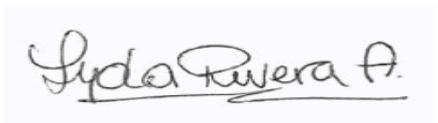
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

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



Firma:

Nombre: CC: 52220653 - LYDA ROCIO RIVERA

R. M.: 52220653 **L.S.O.:** 18680 30/11/2017

Código de Seguridad
J622P1V40877

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MENA HERNANDEZ MAURICIO ESTEBAN

CC: 1000591758

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **74.081.770**

MERCHAN MOLINA

APELLIDOS

MARCO JULIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1983**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-JUL-2001 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00943070-M-0074081770-20171004 0057817195A 1 9901681868

Medellín, 09 de Junio 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 ARK INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, 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
C74081770	MERCHAN MOLINA MARCO JULIO	04/06/2026		230166w2	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:C101912062426160308 29

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 09/06/2026 08:33:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 45.238.182.22, 192.230.104.13, 172.16.42.57

Bogota 10.06.2026

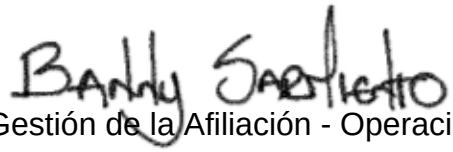
Señores,
ARK INGENIERIA SAS - NI 901447769
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-06-10 con numero de radicado 8170285 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 8170285

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogotá, 09 de Junio 2026

Señores

EPS Sanitas

Bogotá

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como ARK ingeniería S.A.S NIT 901447769-2, para las personas que se detallan a continuación

N	TIPO DOC EMPLEADO	NO. DOC EMPLEADO	NOMBRE EMPLEADO	SALARIO	FECHA INGRESO EMPRESA	DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	# CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
1	CC	74081770	Marco Julio Merchan Molina	1.750.905	04-06-2026	Calle 90 B 49 c 27 sur	Bogotá	3138377268	marcoj.merchan2918@gmail.com

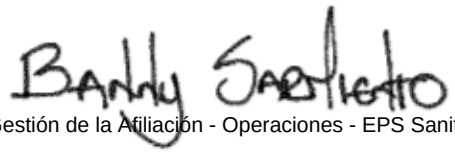
Cordialmente

Arley Rodriguez.

Yuber Arley Rodríguez Jiménez

CC 1019120624

Representante legal



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

MERCHAN MOLINA MARCO JULIO **CC** **74.081.770**

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:**

(601) 482 33 64 **(604) 510 90 99** **(602) 386 00 80**
(605) 319 79 99 **(605) 642 49 99** **+57 310 220 5575**
https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	09-09-2035	PARTICULAR
C3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	09-09-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03009003505

Servicios Integrales 95909 1 0 2 02/25

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 74081770



NOMBRE

MARCO JULIO MERCHAN MOLINA

FECHA DE NACIMIENTO

29-03-1983

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

09-09-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Scanned with CamScanner

CUMBRE SALUD OCUPACIONAL SAS.

NIT. 901.128.070-5 LSO NO. 3786 DEL 11/08/2020
CLL 71 #21 – 44 PISO 1 || Teléfono: 3216942297 – 3013829000
CIUDAD: BOGOTA D.C. **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

VALIDE AQUÍ

NUM.HISTORIA 74081770 **FECHA:** 2026-06-03 06:33:00 **HORA INICIO:** 6:33 **HORA FIN:** 6:33



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

NOMBRE: MARCO JULIO MERCHAN MOLINA
ID: CC 74081770
FECHA DE NACIMIENTO: 1983-03-29
EDAD:43 Años 2 Meses5 Días
GENERO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
FONDO DE PENSIONES: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES
ARL: ARL SURA
EPS: EPS SANITAS
ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO
CARGO: CONDUCTOR

ENTIDAD CONTRATANTE

NOMBRE: ARK INGENIERIA SAS **ACTIVIDAD ECONOMICA:** 4290

TIPO DE EXAMEN

☑ PREINGRESO	☐ EGRESO	☐ PERIODICO
☐ RETORNO	☐ POST-INCAPACIDAD	☐ SEGUIMIENTO

ENFASIS

☐ TRABAJO EN ALTURAS	☐ TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☑ OSTEOMUSCULAR
☐ TRABAJO ELECTRICO	☐ MANIPULACION DE ALIMENTOS	☐ TRABAJO EN CALIENTE
☐ OTRO	**CÚAL?**	

EXÁMENES REALIZADOS

☑ AUDIOMETRIA	☐ ELECTROCARDIOGRAMA	☑ ESPIROMETRIA
☑ VISIOMETRIA	☐ PSICOSENSOMETRICO	☐ CUADRO HEMATICO
☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☐ KOH (MANIPULACION DE ALIMENTOS)	☐ PRUEBA DE EMBARAZO
☐ LABORATORIO (GLU-TRI-COL)	☐ TEST DE DROGAS	☐ SEROLOGIA
☐ PARCIAL DE ORINA	☐ PERFIL HEPATICO	☐ CREATININA
☐ OTRO	**CUAL?**	

OTRO

ANALSIS:

LA CERTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES SE ENCUENTRA REGLAMENTADA POR LA RESOLUCIÓN 1843 DE 2025. ADICIONALMENTE, EXISTEN OTRAS NORMAS ESPECÍFICAS SEGÚN LA ACTIVIDAD QUE VAYA A DESARROLLAR EL TRABAJADOR. TODAS ELLAS ESTABLECEN QUE QUIENES DESEMPEÑEN ESTAS LABORES DEBEN SOMETERSE A UN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, CON EL FIN DE CERTIFICAR QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE SALUD EXIGIDOS PARA CADA FUNCIÓN. ENTRE ESTAS ACTIVIDADES SE INCLUYEN:

- TRABAJO EN ALTURAS: RESOLUCIÓN 4272 DE 2021
- TRABAJOS EN ALTA, MEDIA Y BAJA TENSIÓN: RESOLUCIÓN 5018 DE 2019
- TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS: RESOLUCIÓN 0491 DE 2021
- MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: RESOLUCIÓN 2674 DE 2013
- CONDUCTORES: RESOLUCIÓN 20223040045295 DE 2022

APTITUD PARA EL CARGO

APTO PARA EL CARGO,CON RECOMENDACIONES MEDICAS Y VISUALES CONCEPTO SE EMITE CON BASE EN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EVALUACIÓN MEDICA REALIZADA EL DÍA DE HOY Y EN INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADORY/O EMPRESA CONTRATANTE/PACIENTE SIN LIMITACIONES NIRESTRICCIONESPARAELCARGO.

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES	SI/NO	RECOMENDACIONES	SI/NO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	SI	ACTIVIDAD FISICA	SI
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	SI	MANEJO DE CARGAS O POSTURAS	NO
MANTENER HIGIENE POSTURAL	SI	REALIZACION PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO
RECOMENDACIONES DIETARIAS	SI	CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS	NO
MANEJO PSICOLABORAL	NO	REMITIR A LA EPS	SI
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	REMITIR A LA ARL	NO

OBSERVACIONES GENERALES

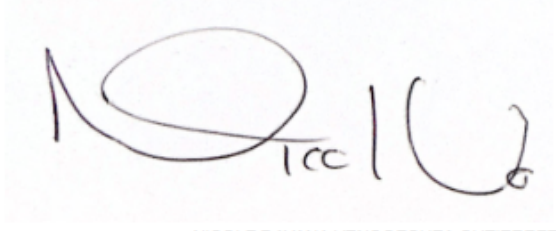
PACIENTE EN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL,ACTUALMENTE SIN PATOLOGÍA DE BASE REFERIDA Y SIN ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS O MENTALES DE IMPORTANCIA. EXAMEN OSTEOMUSCULAR CON HALLAZGO CON IMC 30 , SE INDICA CONTROL METABOLICO CON NUTRICION Y MEDICO GENERAL DE SU EPS
SE EVIDENCIAN HALLAZGOS EN EL EXAMEN VISUAL QUE NO CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE SU CARGO; SIN EMBARGO, SE ESTABLECEN RECOMENDACIONES VISUALES:

USO PERMANENTE DE EQUIPO DE PROTECCIÓN VISUAL Y CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y OFTALMOLOGÍA SI CRECIMIENTO DE PTERIGION A TRAVÉS DE SU EPS.

MANTENER UN ADECUADO ESTADO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL (DIETA BAJA EN SODIO Y AZÚCAR, RICA EN FIBRA Y AGUA).
REALIZAR AL MENOS 60 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA AL DÍA.
INFORMAR OPORTUNAMENTE A SU EMPLEADOR SI PRESENTA: PALPITACIONES, VÉRTIGO, ALTERACIONES VISUALES O DESMAYOS.
USAR DE FORMA PERMANENTE Y CORRECTA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) CERTIFICADOS.
ACUDIR A CONTROLES OCUPACIONALES PERIÓDICOS DEFINIDOS POR EL SG-SST Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

RESTRICCIONES

NO APLICA

FIRMA MEDICO	FIRMA ASPIRANTE	HUELLA ASPIRANTE
 **NOMBRE:** *NICOLE DAYANA VENGOECHEA GUTIERREZ* **CÉDULA DE CIUDADANÍA Y NÚMERO DE REGISTRO:** *1.031.159.484* **LSO NO:** *28808 - 08/10/2025*		
	Nombre: MARCO JULIO MERCHAN MOLINA **CC:**74081770	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.928.095
CARRILLO RODRIGUEZ
APELLIDOS
JHONIER DUBAN
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-DIC-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01383834-M-1022928095-20230929 0136370094A 1 8509687893

Medellín, 04 de June 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 CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC - OPERARIOS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022928095	CARRILLO RODRIGUEZ JHONIER DUBAN	05/06/2026		225cMN13	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 04/06/2026 15:32:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.51.118.244, 192.230.104.5, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

ARL | sura

JHONIER DUBAN
CARRILLO RODRIGUEZ

C.C 1022928095
Nit N901850515
Afiliado DEP
Empresa CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016926355	0|9|0|6|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

CARRILLO	RODRIGUEZ	JHONIER	DUBAN
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad: CC
10.Número del documento de Identidad: 1022928095
11.Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒
12.Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14.Lugar Nacimiento: Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA
15.Fecha Nacimiento: 2|3|0|9|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia: 6
17.Comunidad:
18.Discapacidad Si ☐ No ☒
Categoria Discapacidad:
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒
20.Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:
21.Grupo población especial:
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR FPC
24. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1750905
25. Tarifa Contribución Solidaria:

26.Residencia

CN 82 J 64 64		3213117263	SUAVESLOETODO@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**

BOGOTA	BOGOTA	ENGATIVÁ	**zona**	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad:
29. Número documento identidad:
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
32. Nacionalidad:
33.Lugar Nacimiento: Pais: Departamento: Municipio:
34.Fecha Nacimiento:

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	**37. Número de identidad**	**38. Nacionalidad**	**39.Sexo Biológico**		**40.Sexo Identificación**						**41.Lugar Nacimiento**			**42.Fecha de nacimiento**
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	**44.Etnia**	**45.Comunidad**	**46.Grupo poblacional especial**	**47.Encuesta SISBEN**		**48.Clasificación SISBEN**		**49.Discapacidad**			**50.Incapacidad Permanente**	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	**Municipio/Distrito**	**Zona**				**Teléfono Fijo y/o celular**	**52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)**
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	**54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)**
C	VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	**56. Tipo de identificación**	**57. Numero de documento de Identificación**	**58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)**
CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	NIT	901850515	01

59.Ubicación

CR 82 J NO 64 64	3115996308	CONSTRUCCIONESYTRANSPORTES21@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4016926355

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|6|2|0|2|6	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

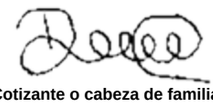
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad:										Total:
			1							1

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
CARRILLO	**RODRIGUEZ**	**JHONIER**	**DUBAN**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1022928095	RC TI **X** CE PA	**2004 09 23**	**X** F	**2026 09 06**

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

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

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

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

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

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: JHONIER DUBAN CARRILLO RODRIGUEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1022928095, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico suavesloetodo@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: JHONIER DUBAN CARRILLO RODRIGUEZ
Número de identificación: 1022928095

Fecha de diligenciamiento
2026 09 06

FIRMA A RUEGO

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

Firma A Ruego

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

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1022928095_____

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





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:

JHONIER DUBAN CARRILLO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.928.095**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Junio 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.

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

NIT: 830.015894-4

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



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

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 123726

FECHA : 2/06/2026 HORA:9:18		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: JHONIER DUBAN CARRILLO RODRIGUEZ		DOCUMENTO: 1022928095	EDAD: 21 GENERO: M
Empresa: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI SAS		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3213117263 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

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

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

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

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN ALTURAS.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

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

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No 8032

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS DR. CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO Médico Laboral R.M. 4557 Res. 7058 de 16/08/2019

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL aplica los protocolos de bioseguridad para [illegible] de la resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

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

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

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 16-06-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SARAITH SIERRA ORTIZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
CARLOS SANTAMARIA	91472482	DIRECTOR	COCO	

(Firma) SARAITH SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
MARLO SANTAMARIA	91472482	DIRECTOR	SURA	COMFENALCO	COLFONDOS	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 16-6-26	Cargo a desempeñar: DIRECTOR DE OBRA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO		ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD		PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN		GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL		PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tubería en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo MARIO SANTAMARIA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 9472482 DE DE BUCARAMANGA conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: DIRECTOR que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 16-6-26 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

SARAHI SIERRA
Cordinador SG-SST

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 16-C6-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: MARIO SANTAMARIA

Cédula: 91472482

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MARIO SANTAMARIA CARGO: DIRECTOR

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ____ FECHA REALIZACIÓN: 16-6-26

APROBÓ X NO APROBÓ ____

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.			
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí			
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral			
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL			

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MARLO SANTAMARIA identificad@ con documento de identidad N° 91470482 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 16-6-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL SARAHIA SIERRA DIAZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
NELSON HERNANDEZ	80820454	R. TECNICO	COCO	

(Firma) SARAHIA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
NELSON HERNANDEZ	80820454	R. TECNICO	SURA	FAMISANAR	PORVENIR	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 16-Co-26	Cargo a desempeñar: R. DE OBRA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL		PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** lluvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se este realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavacion con la ayuda de maquinaria idonea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo NELSON HERNANDEZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80820454 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: R. DE OBRA

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 16-Co-26

en la ciudad de Bogotá

Firma Trabajador

SARAITH SIERRA
Cordinador SG-SST

Lugar: PUNTO COCA

Fecha: 16-6-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANTEDIPEL

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: NELSON HERNANDEZ

Cédula: 80820454

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: NELSON HERNANDEZ CARGO: R. DE OBRA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 16-6-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo NELSON HERNANDEZ Identificad@ con documento de identidad N° 80820454 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 16-Co-126

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SAMANTA SIERRA DIAZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Laura Valentina Avila	1000855033	Aux. Tecnico	Co Co	

(Firma) SAMANTA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Lavia Valentina Avila	1000856033	Aux. tecnico	Sura	Famisanar	Porvenir	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 16-Jun-2026	Cargo a desempeñar: Auxiliar Tecnico

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN		GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL		PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tubería en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Laura Valentina Avila Suarez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1000255053 DE DE Bogotá

conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: Aux. Tecnico

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 16-Jun-2026

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

Cordinador SG-SST

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 16-jun-2026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Valentina Avila

Nombre: Laura Valentina Avila

Cédula: 1000858033

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: LAURA VALENTINA AVILA CARGO: AUX TECNICA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 16-6-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Laura Valentina Avila Suarez Identificad@ con documento de identidad N° 1000858033 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Valentina Avila S

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 1-6-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL SARAHA SIERRA ORJUELA

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
MAURICIO MEJIA	1000591758	CARPINTERO1	COCO	

(Firma) SARAHA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
MAURICIO MEJIA	1000591758	CAD 1	SURA	SALUD TOTAL	COLFONDOS	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 1-6-26	Cargo a desempeñar: CAD 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO	X	CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavacion, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se este realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavacion con la ayuda de maquinaria idonea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Mauricio Esteban Mena identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1000591758 DE DE Bogotá

conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: Cadenero 1

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 1-6-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

BARAHONA SIERRA
Cordinador SG-SST

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 1-Co-2Co

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: 

Nombre: Mauricio Estefano Mena

Cédula: 1000591758

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MAURICIO MEJIA CARGO: CAD 1

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ____ FECHA REALIZACIÓN: 1-Co-2Co

APROBÓ X NO APROBÓ ____

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MAURICIO MEJIA Identificad@ con documento de identidad N° 1000591758 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: Punto Cra 17-Co-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Sarahia Sierra Ortiz

EMPRESA: Consorcio Coco

TEMA: Identificación del riesgo- Normas de seguridad

HORA DE INICIO: 07:00 a.m HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 a.m

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
David Eduardo Cubaque	7990539	Topografo	Coco	

(Firma) Sarahia Sierra

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Dario Eduardo Urrego Rodriguez	7702539	Topografo	SURA	Nueva EPS	Colpensiones	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUÉLITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-6-26	Cargo a desempeñar: TOPOGRAFO

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo FERNANDO URBANO R identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 2992039 DE DE Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: TOPOGRAFO que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-VI-26. en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

SARAIMA SIERRA
Cordinador SG-SST

Lugar: Bogotá

Fecha: 17-VI-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANTEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: DANIEL [illegible]

Cédula: 7990539

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: DAVID E. URREGO R CARGO: Topógrafo.

INDUCCIÓN: ✓ RE INDUCCIÓN: ____ FECHA REALIZACIÓN: _____

APROBÓ ____ NO APROBÓ ____

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo ANDERSON [illegible] Identificad@ con documento de identidad N° 79905539 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: FRENTE DE OBRA CVI 6000372 4-C6-2C6

NOMBRE DEL PROFESIONAL SARAITH SIERRA

EMPRESA: CONSTRUCCIONES CIVILES BURGOS

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 08:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 09:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
MARCO J. MERCHAN	74081770	CONDUCTOR	BURGOS	

(Firma) SARAITH SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.
- Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - ☐ Trabajo en alturas.
  - ☐ Trabajos en caliente.
  - ☐ Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
MARCO J. HERCHAN	7408770	CONDUCTOR	SURA	SANITAS	PROTECCION	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 4-6-26	Cargo a desempeñar: CONDUCTOR

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO		ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL		PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS	X		

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavacion, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se este realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavacion con la ayuda de maquinaria idonea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo MARCO J. MERCHAN identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7408770 DE DE 500AM1050

conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE: CONDUCTOR

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 4-6-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

SAMANTHA SIERRA
Cordinador SG-SST

Lugar: CJ C0000372

Fecha: 4-6-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** CUABRE

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: MARCO J. MERCHAN

Cédula: 74081770

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MARCO J MERCHAN CARGO: CONDUCTOR

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 4-C6-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MARCO J. MERCHAN identificad@ con documento de identidad N° 74081770 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: FRENTE DE OBRA CVL Cod1206 5-6-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL SARAIMA SIERRA ORJATE

EMPRESA: CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTE SIGLO XXI

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 08:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 09:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JHONIER CARRILLO	1022928095	AYUDANTE	SIGLO XXI	

(Firma) SARAIMA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier máquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
JHONIER CARRILLO	1002928095	AYUDANTE	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	

Observaciones:

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 5-6-26	Cargo a desempeñar: AYUDANTE

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO		ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA			
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA	X	LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO			
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS	X				

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavacion, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se este realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavacion con la ayuda de maquinaria idonea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- 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 (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, 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.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JHONIER CARRILLO identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1022928095 DE DE BOGOTA conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** AYUDANTE

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 5-6-26 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

SARAI MA SIERRA
Cordinador SG-SST

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre 2025

Lugar: Cúl Coco 1206

Fecha: 5-C6-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** DIAGNOSTICO JESUS

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: THOMER CARRILLO

Cédula: 1022928095

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JHONIER CARRILLO CARGO: AYUDANTE

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 5-6-26

APROBÓ ✓ NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo THALLER CARRILLO Identificad@ con documento de identidad N° 1002928095 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Bogotá DC, 24 de junio del 2026

SIMPLE S.A OPERADOR DE INFORMACION

CERTIFICA QUE:

En la fecha 2026-06-12, el aportante GEOMATRIX SAS con documento de identificación NI 800021390 canceló los aportes de seguridad social correspondientes a JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO con CC 1024550603, bajo la tarifa ARL de 6.960% dirigido a las siguientes entidades:

Tipo administradora	Nit	Codigo	Nombre	Periodo	Numero de planilla
AFP	N800229739	230201	PROTECCION	202605	1082498919
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA	202605	1082498919
CCF	N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	202605	1082498919
EPS	N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS	202606	1082498919

PAGADO

Gestionamos tu planilla de seguridad social
www.pagosimple.com
Simple

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83567027	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$632.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	272.400	0		0		0	0	0	0	272.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	348.700	0	0	0	0	0	0		348.700	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	11.400				11.400	0	0	11.400			114	11.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	272.400	272.400
Pensión	1	348.700	348.700
Riesgos Laborales	1	11.400	11.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	632.500	632.500

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
CC	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83567027	15/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$632.500	

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	Excarcelado	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 10766686	IBARRA HERNANDEZ JORGE ELIECER	59	0			N																	25-14	2.179.008	30	348.700	0	0	0	0	EPS010	2.179.008	30	272.400	14-23	2.179.008	30	1	11.400		0	0	0	0	0	0	0	0

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
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88179311	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$975.900	

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	420.300	0		0		0	0	0	0	420.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	538.000	0	0	0	0	0	0		538.000	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	17.600				17.600	0	0	17.600			176	17.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	420.300	420.300
Pensión	1	538.000	538.000
Riesgos Laborales	1	17.600	17.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	975.900	975.900

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
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88179311	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$975.900	

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	Excarcelado	IND	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 1049622088	MUÑOZ LEON CARLOS ANDRES	59	0			N																	25-14	3.362.000	30	538.000	0	0	0	0	EPS005	3.362.000	30	420.300	14-23	3.362.000	30	1	17.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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
CC	80851640	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	CARR 77 C 64 H 21	4915199	afiliacionempresas.ss@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93103886	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$1,750,905	$534.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	534.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80851640	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	CARR 77 C 64 H 21	4915199	afiliacionempresas.ss@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93103886	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$1,750,905	$534.200	

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	Excenetado	IND	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 80851640	BENAVIDES GIL JULIAN RICARDO	3	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90812973	25/06/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$132,021,451	$41.347.000	

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					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	91.400	0		0		0	16	1.100	0	92.500	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.790.500	0		0		0	16	21.000	0	1.811.500	19
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.032.900	0		0		0	16	12.100	0	1.045.000	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	522.900	0		0		0	16	6.200	0	529.100	6
EPS010	EPS Sura	800088702-2	360.500	0		0		0	16	4.300	0	364.800	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	347.200	0		0		0	16	4.100	0	351.300	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	583.200	0		0		0	16	6.900	0	590.100	7
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	411.300	0		0		0	16	4.900	0	416.200	5
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	120.600	0		0		0	16	1.500	0	122.100	2

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	5.077.600	0	0	50.000	50.000	16	59.500	1.200	5.238.300	11
230301	Porvenir	800224808-8	8.901.900	0	0	0	0	16	104.300	0	9.006.200	25
231001	Colfondos	800227940-6	1.728.000	0	0	0	0	16	20.300	0	1.748.300	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.409.900	0	0	0	0	16	63.400	0	5.473.300	15

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.123.300				9.123.300	16	106.900	9.230.200			91.233	9.230.200	54

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.266.400	16	61.700	5.328.100	54

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90812973	25/06/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$132,021,451	$41.347.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	9	5.260.500	5.322.600
Pensión	4	21.217.400	21.466.100
Riesgos Laborales	1	9.123.300	9.230.200
CCF	1	5.266.400	5.328.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	40.867.600	41.347.000

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
NI	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90812973	25/06/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$132,021,451	$41.347.000	

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	Cotiz. 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 80820454	HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	1	0			S																	230301	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS017	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
2	CC 1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	1	0			S																	230201	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS005	4.300.000	30	172.000	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	0	0	0	0	0
3	CC 80132029	RODRIGUEZ RINCON JOHN ALEJANDRO	1	0			S																	230201	10.000.000	30	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS005	10.000.000	30	400.000	14-11	10.000.000	30	5	696.000	CCF24	10.000.000	30	400.000	0	0	0	0	0
4	CC 1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
5	CC 1033780457	CRUZ RINCON MARIA FERNANDA	1	0			S																	25-14	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
6	CC 75074775	CASTRO GOMEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S								X									230301	3.010.909	30	481.800	0	0	0	0	EPS010	3.010.909	30	120.500	14-11	3.010.909	30	5	209.600	CCF24	3.010.909	30	120.500	0	0	0	0	0
7	CC 80245298	RESTREPO IZQUIERDO OSCAR LEONARDO	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS002	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
8	CC 1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S								X									230301	2.071.904	28	331.600	0	0	0	0	EPS005	2.071.904	28	82.900	14-11	2.071.904	28	5	144.300	CCF24	2.071.904	28	82.900	0	0	0	0	0
9	CC 1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S									X								230301	159.173	2	19.200	0	0	0	0	EPS005	159.173	2	0	14-11	159.173	2	5	0	CCF24	0	2	0	0	0	0	0	0
10	CC 1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S								X									230301	1.897.743	27	303.700	0	0	0	0	EPS002	1.897.743	27	76.000	14-11	1.897.743	27	5	132.100	CCF24	1.897.743	27	76.000	0	0	0	0	0
11	CC 1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S										X							230301	175.092	3	28.100	0	0	0	0	EPS002	175.092	3	7.100	14-11	175.092	3	5	0	CCF24	175.092	3	0	0	0	0	0	0
12	CC 1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S								X									230201	2.191.417	30	350.700	0	0	0	0	EPS008	2.191.417	30	87.700	14-11	2.191.417	30	5	152.600	CCF24	2.191.417	30	87.700	0	0	0	0	0
13	CC 5969575	TRIANA GUTIERREZ ALEXANDER	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS037	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
14	CC 1022949674	GONZALEZ FABIAN LEONARDO	1	0			S																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
15	CC 80855128	RUSSI GUSTAVO	1	0			S																	230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
16	CC 1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S								X									230301	2.171.023	30	347.400	0	0	0	0	EPS037	2.171.023	30	86.900	14-11	2.171.023	30	5	151.200	CCF24	2.171.023	30	86.900	0	0	0	0	0
17	CC 52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S								X									230301	2.251.704	30	360.300	0	0	0	0	EPS008	2.251.704	30	90.100	14-11	2.251.704	30	5	156.800	CCF24	2.251.704	30	90.100	0	0	0	0	0
18	CC 1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S																	231001	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
19	CC 1022950657	SANCHEZ PADILLA SANDRA MILENA	1	0			S								X									230301	2.273.789	30	363.900	0	0	0	0	EPS002	2.273.789	30	91.000	14-11	2.273.789	30	5	158.300	CCF24	2.273.789	30	91.000	0	0	0	0	0
20	CC 1000516593	PAZ HERNANDEZ LUIS CARLOS	1	0			S								X									230301	2.279.062	30	364.700	0	0	0	0	EPS002	2.279.062	30	91.200	14-11	2.279.062	30	5	158.700	CCF24	2.279.062	30	91.200	0	0	0	0	0
21	CC 1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S								X									230201	1.836.896	26	294.000	0	0	0	0	EPS002	1.836.896	26	73.500	14-11	1.836.896	26	5	127.900	CCF24	1.836.896	26	73.500	0	0	0	0	0
22	CC 1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S									X								230201	292.152	4	35.100	0	0	0	0	EPS002	292.152	4	0	14-11	292.152	4	5	0	CCF24	0	4	0	0	0	0	0	0
23	CC 1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS002	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
24	CC 1073675138	REYES TOVAR PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	2.078.333	29	332.600	0	0	0	0	EPS002	2.078.333	29	83.200	14-11	2.078.333	29	5	144.700	CCF24	2.078.333	29	83.200	0	0	0	0	0
25	CC 1073675138	REYES TOVAR PAULA ANDREA	1	0			S									X								230301	71.667	1	8.700	0	0	0	0	EPS002	71.667	1	0	14-11	71.667	1	5	0	CCF24	0	1	0	0	0	0	0	0
26	CC 80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S								X									230301	1.623.394	27	259.800	0	0	0	0	EPS002	1.623.394	27	65.000	14-11	1.623.394	27	5	113.000	CCF24	1.623.394	27	65.000	0	0	0	0	0
27	CC 80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S										X							230301	175.092	3	28.100	0	0	0	0	EPS002	175.092	3	7.100	14-11	175.092	3	5	0	CCF24	175.092	3	0	0	0	0	0	0
28	CC 1007114716	MUÑOZ TORRES EDWIN ANTONIO	1	0			S								X									230201	2.247.153	30	359.600	0	0	0	0	EPS005	2.247.153	30	89.900	14-11	2.247.153	30	5	156.500	CCF24	2.247.153	30	89.900	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90812973	25/06/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$132,021,451	$41.347.000	

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
29	CC 1118572593	LEAL CAMARGO CARMEN KARINA	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
30	CC 92530811	PEREZ MERCADO ROBERT LUIS	1	0			S								X									25-14	2.284.836	30	365.600	0	0	0	0	CCFC33	2.284.836	30	91.400	14-11	2.284.836	30	5	159.100	CCF24	2.284.836	30	91.400	0	0	0	0	0
31	CC 1073678314	ROJAS FIGUEROA SHAIEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
32	CC 1073700745	SANCHEZ AREVALO AURA CRISTINA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
33	CC 1110553605	RIVERA RIVERA DAIRO ALEJANDRO	1	0			S																	231001	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS002	4.500.000	30	180.000	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	0	0	0	0	0
34	CC 79574426	GIL NARVAEZ NELSON	1	0			S																	25-14	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS005	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
35	CC 1193449453	BOTONERO SANTOS FRANCISCO JOSE	1	0			S								X									25-14	2.280.753	30	365.000	0	0	0	0	EPS037	2.280.753	30	91.300	14-11	2.280.753	30	5	158.800	CCF24	2.280.753	30	91.300	0	0	0	0	0
36	CC 1024540508	MONROY JUAN GABRIEL	1	0			S								X									230301	2.365.640	30	378.600	0	0	0	0	EPS037	2.365.640	30	94.700	14-11	2.365.640	30	5	164.700	CCF24	2.365.640	30	94.700	0	0	0	0	0
37	CC 1000615574	SABOGAL FRANCO BRANDON STIV	1	0			S	X							X									230301	422.241	5	67.600	0	0	0	0	EPS002	422.241	5	16.900	14-11	422.241	5	5	29.400	CCF24	697.133	5	27.900	0	0	0	0	0
38	CC 1233507924	ROJAS RINCON JOHAN SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	1.933.333	29	309.400	0	0	0	0	EPS017	1.933.333	29	77.400	14-11	1.933.333	29	5	134.600	CCF24	2.222.000	29	88.900	0	0	0	0	0
39	PT 1281523	ALVAREZ GONZALEZ GABRIEL RICARDO	1	0			S								X									230301	1.810.739	30	289.800	0	0	0	0	EPS002	1.810.739	30	72.500	14-11	1.810.739	30	5	126.100	CCF24	1.810.739	30	72.500	0	0	0	0	0
40	CC 1024578788	SALAZAR CARDENAS YERLY CATHERINE	1	0			S								X									230301	2.140.070	29	342.500	0	0	0	0	EPSC34	2.140.070	29	85.700	14-11	2.140.070	29	5	149.000	CCF24	2.140.070	29	85.700	0	0	0	0	0
41	CC 1024578788	SALAZAR CARDENAS YERLY CATHERINE	1	0			S										X							230301	58.365	1	9.400	0	0	0	0	EPSC34	58.365	1	2.400	14-11	58.365	1	5	0	CCF24	58.365	1	0	0	0	0	0	0
42	CC 1032424984	AGUIRRE LOPEZ LEIDY PAOLA	1	0			S																	231001	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS002	4.300.000	30	172.000	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	0	0	0	0	0
43	CC 1027524875	BERMUDEZ SUTA JUAN PABLO	1	0			S								X									230301	2.278.465	30	364.600	0	0	0	0	EPS002	2.278.465	30	91.200	14-11	2.278.465	30	5	158.600	CCF24	2.278.465	30	91.200	0	0	0	0	0
44	CC 1003786534	SALAZAR BAILARIN NILSON	1	0			S								X									230201	2.437.686	30	390.100	0	0	0	0	EPS037	2.437.686	30	97.600	14-11	2.437.686	30	5	169.700	CCF24	2.437.686	30	97.600	0	0	0	0	0
45	CC 1075090261	VELASQUEZ SALAZAR ORLEY	1	0			S								X									25-14	2.323.375	30	371.800	0	0	0	0	EPS041	2.323.375	30	93.000	14-11	2.323.375	30	5	161.800	CCF24	2.323.375	30	93.000	0	0	0	0	0
46	CC 1033700179	GAONA RAMOS FABIAN DAVID	1	0			S								X									230201	2.244.920	28	359.200	0	0	0	0	EPS017	2.244.920	28	89.800	14-11	2.244.920	28	5	156.300	CCF24	2.244.920	28	89.800	0	0	0	0	0
47	CC 1033700179	GAONA RAMOS FABIAN DAVID	1	0			S									X								230201	155.425	2	18.700	0	0	0	0	EPS017	155.425	2	0	14-11	155.425	2	5	0	CCF24	0	2	0	0	0	0	0	0
48	CC 1078753056	VELA TULCAN YEIDER FABIAN	1	0			S								X									25-14	2.226.885	30	356.400	0	0	0	0	EPS041	2.226.885	30	89.100	14-11	2.226.885	30	5	155.000	CCF24	2.226.885	30	89.100	0	0	0	0	0
49	CC 1101456083	CONTRERAS MELENDEZ JUAN DAVID	1	0			S								X									25-14	2.293.305	30	367.000	0	0	0	0	EPS002	2.293.305	30	91.800	14-11	2.293.305	30	5	159.700	CCF24	2.293.305	30	91.800	0	0	0	0	0
50	CC 1063561127	CAÑAS RINCON LEWIS MIGUEL	1	0			S								X									25-14	2.094.615	30	335.200	0	0	0	0	EPS002	2.094.615	30	83.800	14-11	2.094.615	30	5	145.800	CCF24	2.094.615	30	83.800	0	0	0	0	0
51	CC 1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S																	230301	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS041	2.550.000	30	102.000	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	0	0	0	0	0
52	CC 1000328225	RODRIGUEZ JHON ALVARO	1	0			S								X									25-14	2.452.877	30	392.500	0	0	0	0	EPS002	2.452.877	30	98.200	14-11	2.452.877	30	5	170.800	CCF24	2.452.877	30	98.200	0	0	0	0	0
53	CC 1013689175	CAICEDO SUAREZ DANIEL STIVEN	1	0			S																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
54	CC 1010023785	CERON CONDE ANGIE LISBETH	1	0			S																	230201	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS008	2.150.000	30	86.000	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	0	0	0	0	0
55	CC 1012346153	BORBON BRIÑEZ BRALLAN ESTIVEN	1	0			S	X																25-14	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	30	80.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
56	CC 1005485071	ROJAS VELASCO MAURA FERNANDA	1	0			S	X																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90812973	25/06/2026	54	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$132,021,451	$41.347.000	

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
57	CC 1005179501	MUÑOZ TORRES ARGEY ANDRES	1	0			S	X							X									230201	1.425.926	20	228.200	0	0	0	0	EPS041	1.425.926	20	57.100	14-11	1.425.926	20	5	99.300	CCF24	1.425.926	20	57.100	0	0	0	0	0
58	CC 80218694	GARZON ALARCON LEONARDO JOSE	1	0			S	X																230301	2.723.333	19	435.800	0	0	0	0	EPS008	2.723.333	19	109.000	14-11	2.723.333	19	5	189.600	CCF24	2.723.333	19	109.000	0	0	0	0	0
59	CC 1013582253	MURILLO MURILLO LEIDY STEFANNY	1	0			S	X							X									230201	810.788	12	129.800	0	0	0	0	EPSC34	810.788	12	32.500	14-11	810.788	12	5	56.500	CCF24	810.788	12	32.500	0	0	0	0	0
60	CC 1030640591	ULLOA LOPEZ JUAN CARLOS	1	0			S	X																230301	1.013.333	16	162.200	0	0	0	0	EPS037	1.013.333	16	40.600	14-11	1.013.333	16	5	70.600	CCF24	1.013.333	16	40.600	0	0	0	0	0
61	CC 11381387	CUBILLOS CUBILLOS WHILLIAN	1	0			S	X																230301	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS005	350.181	6	14.100	14-11	350.181	6	5	24.400	CCF24	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0

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	902010258-8	CONSORCIO COCO	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90806689	25/06/2026	20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$45,618,979	$19.953.700	

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	1.746.400	0		0		0	9	11.600	0	1.758.000	8
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.452.400	0		0		0	9	9.600	0	1.462.000	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.119.000	0		0		0	9	7.400	0	1.126.400	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	537.200	0		0		0	9	3.600	0	540.800	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	268.800	0		0		0	9	1.800	0	270.600	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	284.800	0		0		0	9	1.900	0	286.700	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	285.500	0		0		0	9	1.900	0	287.400	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	713.300	0	0	0	0	9	4.700	0	718.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	2.534.200	0	0	0	0	9	16.700	0	2.550.900	8
231001	Colfondos	800227940-6	794.900	0	0	0	0	9	5.300	0	800.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.840.600	0	0	0	0	9	18.800	0	2.859.400	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.137.500				3.137.500	9	20.700	3.158.200			31.375	3.158.200	20

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.825.400	9	12.100	1.837.500	20

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
913.000	9	6.100	919.100	20
ICBF				
1.369.400	9	9.100	1.378.500	20
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	5.694.100	5.731.900
Pensión	4	6.883.000	6.928.500
Riesgos Laborales	1	3.137.500	3.158.200
CCF	1	1.825.400	1.837.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.369.400	1.378.500
MEN	0	0	0
SENA	1	913.000	919.100
TOTALES	15	19.822.400	19.953.700

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	902010258-8	CONSORCIO COCO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90806689	25/06/2026	20	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$45,618,979	$19.953.700	

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	Cotiza. 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 98388497	CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO	1	0			N																	25-14	3.966.667	28	634.700	0	0	0	0	EPS008	3.966.667	28	495.900	14-11	3.966.667	28	5	276.100	CCF24	3.966.667	28	158.700	3.966.667	79.400	119.100	0	0
2	CC 98388497	CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO	1	0			N												X					25-14	283.334	2	45.400	0	0	0	0	EPS008	283.334	2	35.500	14-11	283.334	2	5	0	CCF24	283.334	2	11.400	283.334	5.700	8.600	0	0
3	CC 1067816960	SIERRA OÑATE SARAIMA PATRICIA	1	0			N																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
4	CC 53134703	VANEGAS RODRIGUEZ MARITZA MAYERLY	1	0			N																	231001	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
5	CC 1022985289	NIETO TRIVIÑO JOHANA MARCELA	1	0			N																	230301	2.850.000	30	456.000	0	0	0	0	EPS002	2.850.000	30	356.300	14-11	2.850.000	30	5	198.400	CCF24	2.850.000	30	114.000	2.850.000	57.000	85.500	0	0
6	CC 19705889	MAESTRE FAREDES GEOVANNY	1	0			N	X																230301	200.000	3	32.000	0	0	0	0	EPS002	200.000	3	25.000	14-11	200.000	3	5	14.000	CCF24	472.000	3	18.900	472.000	9.500	14.200	0	0
7	CC 1002995875	ARAUJO MOLINA MARIA VICENTA	1	0			N																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS037	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
8	PT 1004495	MORENO ALVARADO LEONAR GREGORIO	1	0			N								X									230301	2.308.011	30	369.300	0	0	0	0	EPS002	2.308.011	30	288.600	14-11	2.308.011	30	5	160.700	CCF24	2.308.011	30	92.400	2.308.011	46.200	69.300	0	0
9	CC 1085226564	ORTEGA MARTINEZ EDUAR JOSE	1	0			N								X									25-14	2.278.166	30	364.600	0	0	0	0	ESSC07	2.278.166	30	284.800	14-11	2.278.166	30	5	158.600	CCF24	2.278.166	30	91.200	2.278.166	45.600	68.400	0	0
10	CC 1085227822	GARCIA MATUTE SERGIO JOSE	1	0			N								X									230301	2.161.439	28	345.900	0	0	0	0	EPS002	2.161.439	28	270.200	14-11	2.161.439	28	5	150.500	CCF24	2.161.439	28	86.500	2.161.439	43.300	64.900	0	0
11	CC 1085227822	GARCIA MATUTE SERGIO JOSE	1	0			N									X								230301	155.857	2	18.800	0	0	0	0	EPS002	155.857	2	13.300	14-11	155.857	2	5	0	CCF24	0	2	0	0	0	0	0	0
12	CC 3022659	BAQUERO RIVEROS JOAQUIN EMILIO	1	1			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	2.550.000	30	318.800	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	2.550.000	51.000	76.500	0	0
13	CC 1012381508	ALVAREZ POLANCO CINDY VANESSA	1	0			N																	230201	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
14	CC 1010071943	POVEDA RIVERA DANIELA ALEJANDRA	1	0			N																	25-14	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS008	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
15	CC 1049649580	BARRERA GONZALEZ JULIAN SANTIAGO	1	0			N																	230301	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
16	CC 80473233	PUERTO MELO MANUEL ANTONIO	1	0			N								X									231001	2.818.125	30	450.900	0	0	0	0	EPS005	2.818.125	30	352.300	14-11	2.818.125	30	5	196.200	CCF24	2.818.125	30	112.800	2.818.125	56.400	84.600	0	0
17	PT 6388159	MORENO ALVARADO JOSE LEOBARDO	1	0			N								X									25-14	2.283.789	30	365.500	0	0	0	0	ESSC24	2.283.789	30	285.500	14-11	2.283.789	30	5	159.000	CCF24	2.283.789	30	91.400	2.283.789	45.700	68.600	0	0
18	CC 80128761	CADENA BELTRAN LUIS EDUARDO	1	0			N																	25-14	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS005	4.500.000	30	562.500	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	4.500.000	90.000	135.000	0	0
19	CC 1019155422	RAMOS ARRAIZ FRANKLIN EDUARDO	1	0			N								X									230201	2.308.011	30	369.300	0	0	0	0	EPS017	2.308.011	30	288.600	14-11	2.308.011	30	5	160.700	CCF24	2.308.011	30	92.400	2.308.011	46.200	69.300	0	0
20	CC 1022950246	MENJURA CARO LAURA ALEJANDRA	1	0			N								X									25-14	1.896.714	28	303.500	0	0	0	0	EPS017	1.896.714	28	237.100	14-11	1.896.714	28	5	132.100	CCF24	1.896.714	28	75.900	1.896.714	38.000	57.000	0	0
21	CC 1022950246	MENJURA CARO LAURA ALEJANDRA	1	0			N									X								25-14	134.634	2	16.200	0	0	0	0	EPS017	134.634	2	11.500	14-11	134.634	2	5	0	CCF24	0	2	0	0	0	0	0	0
22	CC 1033757981	PACHON GUZMAN MIGUEL ANGEL	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
23	PT 8220394	RIERA CHIRINOS KEVIN ALEJANDRO	1	0			N	X																25-14	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS002	291.818	5	36.500	14-11	291.818	5	5	20.400	CCF24	291.818	5	11.700	291.818	5.900	8.800	0	0

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	902012883-0	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90862235	25/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$85,638,764	$37.724.900	

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					
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	169.000	0		0		0	3	400	0	169.400	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	2.356.900	0		0		0	3	5.200	0	2.362.100	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.627.500	0		0		0	3	3.600	0	1.631.100	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.832.100	0		0		0	3	4.100	0	1.836.200	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	883.100	0		0		0	3	2.000	0	885.100	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.473.600	0		0		0	3	3.300	0	1.476.900	5
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.095.500	0		0		0	3	2.500	0	1.098.000	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	851.400	0		0		0	3	1.900	0	853.300	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	295.400	0		0		0	3	700	0	296.100	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	43.800	0		0		0	3	100	0	43.900	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	2.550.100	0	0	0	0	3	5.600	0	2.555.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	5.261.500	0	0	0	0	3	11.600	0	5.273.100	13
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.473.000	0	0	50.000	50.000	3	12.100	400	5.585.500	11

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	5.918.400				5.918.400	3	13.000	5.931.400			59.184	5.931.400	30

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	3.426.400	3	7.600	3.434.000	30

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	902012883-0	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90862235	25/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$85,638,764	$37.724.900	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.713.600	3	3.800	1.717.400	30
ICBF				
2.570.000	3	5.700	2.575.700	30
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	10	10.628.300	10.652.100
Pensión	3	13.384.600	13.414.300
Riesgos Laborales	1	5.918.400	5.931.400
CCF	1	3.426.400	3.434.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	2.570.000	2.575.700
MEN	0	0	0
SENA	1	1.713.600	1.717.400
TOTALES	17	37.641.300	37.724.900

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	902012883-0	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90862235	25/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$85,638,764	$37.724.900	

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	902012883-0	CONSORCIO VIAL KENNEDY 2025		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90862235	25/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$85,638,764	$37.724.900	

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 1012329700	SANDOVAL HERRERA KAREN LORENA	1	0			N																	25-14	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
2	CC 1076658452	PAEZ MARCELO CRISTIAN CAMILO	1	0			N																	230301	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS008	2.550.000	30	318.800	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	2.550.000	51.000	76.500	0	0
3	CC 8051102	VARGAS DIOSA ISAIC	1	0			N								X									230301	1.939.923	30	310.400	0	0	0	0	EPS037	1.939.923	30	242.500	14-11	1.939.923	30	5	135.100	CCF24	1.939.923	30	77.600	1.939.923	38.800	58.200	0	0
4	CC 79547138	CASTELLANOS GARCIA HECTOR ALFONSO	1	0			N								X									25-14	2.362.727	30	378.100	0	0	0	0	EPSC34	2.362.727	30	295.400	14-11	2.362.727	30	5	164.500	CCF24	2.362.727	30	94.600	2.362.727	47.300	70.900	0	0
5	CC 52457900	CADENA BELTRAN SANDRA PATRICIA	1	0			N																	25-14	10.000.000	30	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS002	10.000.000	30	1.250.000	14-11	10.000.000	30	5	696.000	CCF24	10.000.000	30	400.000	10.000.000	200.000	300.000	0	0
6	CC 1013636724	OVALLE PEÑA MARCY ALEJANDRA	1	0			N																	230301	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS010	4.300.000	30	537.500	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	4.300.000	86.000	129.000	0	0
7	CC 1014476490	OVALLE PEÑA TATIANA VALENTINA	1	0			N																	230301	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS005	4.300.000	30	537.500	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	4.300.000	86.000	129.000	0	0
8	CC 1057598543	GOYENECHE RODRIGUEZ KELLY JOHANNA	1	0			N																	230301	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS037	4.300.000	30	537.500	14-11	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	4.300.000	86.000	129.000	0	0
9	CC 79358973	FORERO SANCHEZ LEONEL	1	0			N								X									25-14	2.268.218	30	363.000	0	0	0	0	EPS005	2.268.218	30	283.600	14-11	2.268.218	30	5	157.900	CCF24	2.268.218	30	90.800	2.268.218	45.400	68.100	0	0
10	CC 75004375	OSPINA RINCON DEIVER ALONSO	1	0			N								X									230301	2.310.996	30	369.800	0	0	0	0	EPS041	2.310.996	30	288.900	14-11	2.310.996	30	5	160.900	CCF24	2.310.996	30	92.500	2.310.996	46.300	69.400	0	0
11	CC 1030543872	ARIZA CELIS ESTEBAN FELIPE	1	0			N								X									25-14	1.890.182	30	302.500	0	0	0	0	EPS017	1.890.182	30	236.300	14-11	1.890.182	30	5	131.600	CCF24	1.890.182	30	75.700	1.890.182	37.900	56.800	0	0
12	CC 1102821078	QUIROZ DE HOYOS JESUS DAVID	1	0			N	X																230301	350.181	6	56.100	0	0	0	0	ESSC07	350.181	6	43.800	14-11	350.181	6	5	24.400	CCF24	350.181	6	14.100	350.181	7.100	10.600	0	0
13	CC 79398418	ARIZA ROJAS JOSE DE LOS SANTOS	1	0			N																	25-14	2.850.000	30	456.000	0	0	0	0	EPS017	2.850.000	30	356.300	14-11	2.850.000	30	5	198.400	CCF24	2.850.000	30	114.000	2.850.000	57.000	85.500	0	0
14	CC 4269011	AREVALO AVILA GONZALO	1	5			N								X										0	0	0	0	0	0	0	EPS017	1.994.318	30	249.300	14-11	1.994.318	30	5	138.900	CCF24	1.994.318	30	79.800	1.994.318	39.900	59.900	0	0
15	CC 1030588638	SANDOVAL HERRERA ANGI VIVIANA	1	0			N																	25-14	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
16	CC 1030651862	GARZON CASTRO CRISTIAN DAVID	1	0			N																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	30	250.000	14-11	2.000.000	30	5	139.200	CCF24	2.000.000	30	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0
17	CC 1030612556	SALCEDO COMBITA JAVIER MAURICIO	1	0			N																	230201	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
18	CC 79891792	MARTINEZ CASTRO CESAR JEFFERSON	1	0			N																	25-14	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS008	3.800.000	30	475.000	14-11	3.800.000	30	5	264.500	CCF24	3.800.000	30	152.000	3.800.000	76.000	114.000	0	0
19	CC 1143236628	PUENTES CANTILLO PEDRO ALEJANDRO	1	0			N								X									230301	1.949.871	30	312.000	0	0	0	0	EPS002	1.949.871	30	243.800	14-11	1.949.871	30	5	135.800	CCF24	1.949.871	30	78.000	1.949.871	39.000	58.500	0	0
20	CC 1003404397	RAMOS HOYOS NEIBYS MARIA	1	0			N		X						X									230201	2.764.336	30	442.300	0	0	0	0	EPS010	2.764.336	30	345.600	14-11	2.764.336	30	5	192.400	CCF24	3.085.335	30	123.500	3.085.335	61.800	92.600	0	0
21	CC 1073811664	CAUSIL MONTALVO LUIS FERNANDO	1	0			N								X									230201	2.523.587	30	403.800	0	0	0	0	EPS037	2.523.587	30	315.500	14-11	2.523.587	30	5	175.700	CCF24	2.523.587	30	101.000	2.523.587	50.500	75.800	0	0
22	CC 1043980895	OLIVO PEÑA MOISES JOAQUIN	1	0			N		X						X									230301	1.351.646	16	216.300	0	0	0	0	CCFC55	1.351.646	16	169.000	14-11	1.351.646	16	5	94.100	CCF24	1.651.051	16	66.100	1.651.051	33.100	49.600	0	0
23	CC 1000775159	ANGARITA OLARTE YEIMY ALEJANDRA	1	0			N																	230201	2.150.000	30	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	30	268.800	14-11	2.150.000	30	5	149.700	CCF24	2.150.000	30	86.000	2.150.000	43.000	64.500	0	0
24	CC 1118579454	PEÑA AMAYA JOHELVIS ENRIQUE	1	0			N								X									230301	2.477.133	30	396.400	0	0	0	0	EPS002	2.477.133	30	309.700	14-11	2.477.133	30	5	172.500	CCF24	2.477.133	30	99.100	2.477.133	49.600	74.400	0	0
25	CC 92188878	AVILES ACOSTA OMAR ANTONIO	1	0			N								X									25-14	2.462.210	30	394.000	0	0	0	0	EPS002	2.462.210	30	307.800	14-11	2.462.210	30	5	171.400	CCF24	2.462.210	30	98.500	2.462.210	49.300	73.900	0	0
26	CC 79973228	ARAGON MARIO ANDRES	1	0			N								X									230301	2.502.557	30	400.500	0	0	0	0	EPS017	2.502.557	30	312.900	14-11	2.502.557	30	5	174.200	CCF24	2.502.557	30	100.200	2.502.557	50.100	75.100	0	0
27	CC 1014241034	SALOM PARRA JOHN SEBASTIAN	1	0			N																	230301	2.550.000	30	408.000	0	0	0	0	EPS017	2.550.000	30	318.800	14-11	2.550.000	30	5	177.500	CCF24	2.550.000	30	102.000	2.550.000	51.000	76.500	0	0
28	CC 4148422	LEGUIZAMON PERILLA LUIS ALEJANDRO	1	0			N								X									25-14	1.964.794	30	314.400	0	0	0	0	EPS002	1.964.794	30	245.600	14-11	1.964.794	30	5	136.800	CCF24	1.964.794	30	78.600	1.964.794	39.300	59.000	0	0
29	CC 79701011	QUINTANILLA CAMACHO ARIEL	1	0			N								X									25-14	2.305.681	30	369.000	0	0	0	0	EPS008	2.305.681	30	288.300	14-11	2.305.681	30	5	160.500	CCF24	2.305.681	30	92.300	2.305.681	46.200	69.200	0	0
30	CC 1120750763	VEGA BRAVO JORGE ANDRES	1	0			N																	230201	4.500.000	30	720.000	0	0	0	0	EPS041	4.500.000	30	562.500	14-11	4.500.000	30	5	313.200	CCF24	4.500.000	30	180.000	4.500.000	90.000	135.000	0	0

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	901359599-1	PROCOM INGENIERIA SAS	CALLE 93 # 17-45	2177285	procomingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90873900	07/07/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$32,202,715	$9.124.100	

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	148.100	0		0		0	13	1.500	0	149.600	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	246.100	0		0		0	13	2.400	0	248.500	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	13	700	0	70.800	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	616.000	0		0		0	13	5.900	0	621.900	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	120.000	0		0		0	13	1.200	0	121.200	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	88.000	0		0		0	13	900	0	88.900	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	800224808-8	2.960.400	0	0	0	0	13	28.200	0	2.988.600	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.192.200	0	0	50.000	50.000	13	20.900	1.000	2.314.100	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	1.208.400				1.208.400	13	11.500	1.219.900			12.084	1.219.900	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.288.300	13	12.300	1.300.600	11

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	6	1.288.300	1.300.900
Pensión	2	5.252.600	5.302.700
Riesgos Laborales	1	1.208.400	1.219.900
CCF	1	1.288.300	1.300.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	9.037.600	9.124.100

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	901359599-1	PROCOM INGENIERIA SAS	CALLE 93 # 17-45	2177285	procomingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90873900	07/07/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$32,202,715	$9.124.100	

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	Cotiz. 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 1000121947	CHACON RUBIO DANIELA	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	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1000384619	TORRES CARDENAS JUAN ESTEBAN	1	0			S																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	30	80.000	14-4	2.000.000	30	5	139.200	CCF21	2.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0
3	CC 1015414821	MARTINEZ SOLANO EDGAR JULIO	1	0			S																	230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS017	3.000.000	30	120.000	14-4	3.000.000	30	1	15.700	CCF21	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
4	CC 1015419427	OSTOS SALAZAR DERLY MARCELA	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	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1023878165	HUERFANO OCAMPO HOLLMAN FARID	1	0			S																	230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS010	3.000.000	30	120.000	14-4	3.000.000	30	1	15.700	CCF21	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
6	CC 1078366133	SALDAÑA OSORIO JUAN DAVID	1	0			S																	25-14	1.950.000	30	312.000	0	0	0	0	EPS002	1.950.000	30	78.000	14-4	1.950.000	30	5	135.800	CCF21	1.950.000	30	78.000	0	0	0	0	0
7	CC 1121943249	BONILLA HOMEZ KAREN TATIANA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1193325765	CHICRE PABA LUIS GUILLERMO	1	0			S																	230301	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS048	2.200.000	30	88.000	14-4	2.200.000	30	5	153.200	CCF21	2.200.000	30	88.000	0	0	0	0	0
9	CC 1193581333	LOPEZ GIL VALENTINA	1	0			S																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	30	96.000	14-4	2.400.000	30	1	12.600	CCF21	2.400.000	30	96.000	0	0	0	0	0
10	CC 30321513	CASTRO GOMEZ ANGELA PATRICIA	1	0			S																	25-14	10.000.000	30	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS010	10.000.000	30	400.000	14-4	10.000.000	30	5	696.000	CCF21	10.000.000	30	400.000	0	0	0	0	0
11	CC 30574565	NARANJO FABRA TANIA DEL PILAR	1	0			S																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	30	96.000	14-4	2.400.000	30	1	12.600	CCF21	2.400.000	30	96.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901447769	2	ARK INGENIERIA SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	RESIDENTES OBRA	carrera 70 #65a 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3005339367	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	400227717	9506393584	E	2026/06/17	2026/06/18	ALIANZA FIDUCIARIA	1	$14,573,400

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BOSA (8 Afiliados)																								$12,197,972	$1,896,100			$12,197,972	$432,400			$12,197,972	$432,400			$12,197,972		$751,900		$0	$0		$3,512,800
Centro de Trabajo: BOGOTA (8 Afiliados)																								$12,197,972	$1,896,100			$12,197,972	$432,400			$12,197,972	$432,400			$12,197,972		$751,900		$0	$0		$3,512,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																								$12,197,972	$1,896,100			$12,197,972	$432,400			$12,197,972	$432,400			$12,197,972		$751,900		$0	$0		$3,512,800
1	CC	11205906	ARCINIEGAS ROCHA JIMMY ANDRES																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	1105681490	DEVIA URUEÑA ARBES HERMINSO																			230201	18	$1,050,543	$168,100	EPS017	18	$1,050,543	$42,100	CCF24	18	$1,050,543	$42,100	14-11	18	$1,050,543	6.960%	$73,200	18	$0	$0	Si	$325,500
3	CC	1105681490	DEVIA URUEÑA ARBES HERMINSO											X								230201	12	$700,362	$84,100	EPS017	12	$700,362	$0	CCF24	12	$700,362	$0	14-11	12	$700,362	0.000%	$0	12	$0	$0	Si	$84,100
4	CC	3064630	GARZON CASTILLO BLAS MARIA	X																		25-14	9	$525,272	$84,100	EPS037	9	$525,272	$21,100	CCF24	9	$525,272	$21,100	14-11	9	$525,272	6.960%	$36,600	9	$0	$0	Si	$162,900
5	CC	15028200	LUGO SALAS JUAN JULIAN																			230301	18	$1,050,543	$168,100	EPS002	18	$1,050,543	$42,100	CCF24	18	$1,050,543	$42,100	14-11	18	$1,050,543	6.960%	$73,200	18	$0	$0	Si	$325,500
6	CC	15028200	LUGO SALAS JUAN JULIAN											X								230301	12	$700,362	$84,100	EPS002	12	$700,362	$0	CCF24	12	$700,362	$0	14-11	12	$700,362	0.000%	$0	12	$0	$0	Si	$84,100
7	CC	79219463	MORA MORENO CARLOS JULIO	X	X																	230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS017	20	$1,167,270	$46,700	CCF24	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	6.960%	$81,300	20	$0	$0	Si	$361,500
8	CC	1052397175	RODRIGUEZ JIMENEZ JUAN GABRIEL																			231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
9	CC	4158877	RODRIGUEZ BONILLA MARCELIANO																			230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
10	CC	1101683818	SANCHEZ MARTINEZ JULIAN DAVID																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUBA VIAS (11 Afiliados)																								$18,034,322	$2,779,000			$18,034,322	$614,500			$18,034,322	$614,500			$18,034,322		$1,068,800		$0	$0		$5,076,800

Centro de Trabajo: SUBACP (11 Afiliados)																							$18,034,322	$2,779,000			$18,034,322	$614,500			$18,034,322	$614,500			$18,034,322		$1,068,800		$0	$0		$5,076,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)																							$18,034,322	$2,779,000			$18,034,322	$614,500			$18,034,322	$614,500			$18,034,322		$1,068,800		$0	$0		$5,076,800
11	CC	74333159	ALBA RODRIGUEZ SEGUNDO TOBIAS																		230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS037	20	$1,167,270	$46,700	CCF24	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	6.960%	$81,300	20	$0	$0	Si	$361,500
12	CC	74333159	ALBA RODRIGUEZ SEGUNDO TOBIAS										X								230301	10	$583,635	$70,100	EPS037	10	$583,635	$0	CCF24	10	$583,635	$0	14-11	10	$583,635	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$70,100
13	CC	1071062558	ARCINIEGAS CAICEDO DAVID SANTIAGO		X																230301	16	$933,816	$149,500	EPS002	16	$933,816	$37,400	CCF24	16	$933,816	$37,400	14-11	16	$933,816	6.960%	$65,000	16	$0	$0	Si	$289,300
14	CC	1071062558	ARCINIEGAS CAICEDO DAVID SANTIAGO										X								230301	10	$583,635	$70,100	EPS002	10	$583,635	$0	CCF24	10	$583,635	$0	14-11	10	$583,635	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$70,100
15	CC	1026559967	BARRAGAN GOMEZ LUIS ALBERTO																		230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS017	20	$1,167,270	$46,700	CCF24	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	6.960%	$81,300	20	$0	$0	Si	$361,500
16	CC	1026559967	BARRAGAN GOMEZ LUIS ALBERTO										X								230301	10	$583,635	$70,100	EPS017	10	$583,635	$0	CCF24	10	$583,635	$0	14-11	10	$583,635	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$70,100
17	CC	93296008	BUITRAGO CARLOS REINEL																		230301	24	$1,400,724	$224,200	EPS017	24	$1,400,724	$56,100	CCF24	24	$1,400,724	$56,100	14-11	24	$1,400,724	6.960%	$97,500	24	$0	$0	Si	$433,900
18	CC	93296008	BUITRAGO CARLOS REINEL										X								230301	6	$350,181	$42,100	EPS017	6	$350,181	$0	CCF24	6	$350,181	$0	14-11	6	$350,181	0.000%	$0	6	$0	$0	Si	$42,100
19	CC	1003033788	CAMARGO YENERIS DEIMER JOSE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
20	CC	80376153	GARZON CASTILLO SANTOS JORGE																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
21	CC	79957463	HERNANDEZ TIMOTE JUAN DAVID																		230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS017	20	$1,167,270	$46,700	CCF24	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	6.960%	$81,300	20	$0	$0	Si	$361,500
22	CC	79957463	HERNANDEZ TIMOTE JUAN DAVID										X								230301	10	$583,635	$70,100	EPS017	10	$583,635	$0	CCF24	10	$583,635	$0	14-11	10	$583,635	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$70,100
23	CC	1002683089	MARTINEZ VELASCO DIOMEDES																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
24	CC	10951167	PEREZ YEPEZ ALCIDES RAFAEL																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
25	CC	1108120037	ROMERO URUEÑA JOSE MANUEL																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
26	CC	2991196	RUBIANO OSORIO JOSE JAVIER		X																25-14	13	$758,726	$121,400	EPS017	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OPERARIOS (5 Afiliados)																							$8,579,435	$1,373,000			$8,579,435	$343,500			$8,579,435	$343,500			$8,579,435		$577,000		$0	$0		$2,637,000
Centro de Trabajo: OPERARIOS (5 Afiliados)																							$8,579,435	$1,373,000			$8,579,435	$343,500			$8,579,435	$343,500			$8,579,435		$577,000		$0	$0		$2,637,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$8,579,435	$1,373,000			$8,579,435	$343,500			$8,579,435	$343,500			$8,579,435		$577,000		$0	$0		$2,637,000
27	CC	1028941873	BALLEN VELASCO BRAYAN YESID																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
28	CC	79136334	CRISTIANO ALDANA SENEN ANTONIO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
29	CC	1033785296	GALINDEZ JIMENEZ DAVID ALEJANDRO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
30	CC	1024524592	GUIZA ARIZA GIOVANNI		X																230301	22	$1,283,997	$205,500	EPS037	22	$1,283,997	$51,400	CCF24	22	$1,283,997	$51,400	14-11	22	$1,283,997	6.960%	$89,400	22	$0	$0	Si	$397,700
31	CC	1024524592	GUIZA ARIZA GIOVANNI													X					230301	5	$291,818	$46,700	EPS037	5	$291,818	$11,700	CCF24	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$70,100
32	CC	1055226732	RICO CARDENAS FILDARDO ANTONIO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OFICINA-PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,750,905	$256,900			$1,750,905	$46,700			$1,750,905	$46,700			$1,750,905		$6,100		$0	$0		$356,400
Centro de Trabajo: OFICINA-PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,750,905	$256,900			$1,750,905	$46,700			$1,750,905	$46,700			$1,750,905		$6,100		$0	$0		$356,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,750,905	$256,900			$1,750,905	$46,700			$1,750,905	$46,700			$1,750,905		$6,100		$0	$0		$356,400
33	CC	1233890532	BARON TORRES MARIA FERNANDA																		25-14	20	$1,167,270	$186,800	EPS005	20	$1,167,270	$46,700	CCF24	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	0.522%	$6,100	20	$0	$0	Si	$286,300
34	CC	1233890532	BARON TORRES MARIA FERNANDA										X								25-14	10	$583,635	$70,100	EPS005	10	$583,635	$0	CCF24	10	$583,635	$0	14-11	10	$583,635	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$70,100

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSORCIO COCO (2 Afiliados)																							$3,034,902	$457,700			$3,034,902	$93,500			$3,034,902	$93,500			$3,034,902		$162,600		$0	$0		$807,300
Centro de Trabajo: PUENTE CABRERA (2 Afiliados)																							$3,034,902	$457,700			$3,034,902	$93,500			$3,034,902	$93,500			$3,034,902		$162,600		$0	$0		$807,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$3,034,902	$457,700			$3,034,902	$93,500			$3,034,902	$93,500			$3,034,902		$162,600		$0	$0		$807,300
35	CC	1030687649	COTE GUZMAN MANUEL ENRIQUE		X																230301	10	$583,635	$93,400	EPS037	10	$583,635	$23,400	CCF24	10	$583,635	$23,400	14-11	10	$583,635	6.960%	$40,700	10	$0	$0	Si	$180,900
36	CC	1030687649	COTE GUZMAN MANUEL ENRIQUE										X								230301	12	$700,362	$84,100	EPS037	12	$700,362	$0	CCF24	12	$700,362	$0	14-11	12	$700,362	0.000%	$0	12	$0	$0	Si	$84,100
37	CC	1077420397	VALENCIA RIVAS EDWIN																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IDU (4 Afiliados)																							$7,252,717	$1,149,100			$7,252,717	$278,700			$7,252,717	$271,600			$7,252,717		$472,400		$0	$0		$2,171,800
Centro de Trabajo: IDU (4 Afiliados)																							$7,252,717	$1,149,100			$7,252,717	$278,700			$7,252,717	$271,600			$7,252,717		$472,400		$0	$0		$2,171,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (4 Afiliados)																							$7,252,717	$1,149,100			$7,252,717	$278,700			$7,252,717	$271,600			$7,252,717		$472,400		$0	$0		$2,171,800
38	CC	1056410105	BUITRAGO RODRIGUEZ ELBER ESNEIDER																		230301	27	$1,575,815	$252,200	EPS041	27	$1,575,815	$63,100	CCF24	27	$1,575,815	$63,100	14-11	27	$1,575,815	6.960%	$109,700	27	$0	$0	Si	$488,100
39	CC	1056410105	BUITRAGO RODRIGUEZ ELBER ESNEIDER																	X	230301	3	$175,091	$28,100	EPS041	3	$175,091	$7,100	CCF24	3	$175,091	$0	14-11	3	$175,091	0.000%	$0	3	$0	$0	Si	$35,200
40	CC	7319225	CAMPOS CAICEDO LEONARDO FABIO																		230201	25	$1,459,088	$233,500	EPS017	25	$1,459,088	$58,400	CCF24	25	$1,459,088	$58,400	14-11	25	$1,459,088	6.960%	$101,600	25	$0	$0	Si	$451,900
41	CC	7319225	CAMPOS CAICEDO LEONARDO FABIO										X								230201	5	$291,818	$35,100	EPS017	5	$291,818	$0	CCF24	5	$291,818	$0	14-11	5	$291,818	0.000%	$0	5	$0	$0	Si	$35,100
42	CC	83228410	OSPINA TOVAR ALEJANDRO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
43	CC	1019120624	RODRIGUEZ JIMENEZ YUBER ARLEY																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
Total Afiliados(31)																							$50,850,253	$7,911,800			$50,850,253	$1,809,300			$50,850,253	$1,802,200			$50,850,253		$3,038,800		$0	$0		$14,562,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				31	$7,911,800	$6,100	$0	$7,917,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$560,400	$500	$0	$560,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$1,583,200	$1,200	$0	$1,584,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	16	$4,126,600	$3,100	$0	$4,129,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,641,600	$1,300	$0	$1,642,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$3,038,800	$2,300	$0	$3,041,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	31	$3,038,800	$2,300	$0	$3,041,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$1,802,200	$1,400	$0	$1,803,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	31	$1,802,200	$1,400	$0	$1,803,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				31	$1,809,300	$1,500	$0	$1,810,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	12	$677,600	$500	$0	$678,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$364,600	$300	$0	$364,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$140,300	$200	$0	$140,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	8	$500,100	$400	$0	$500,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$126,700	$100	$0	$126,800
TOTAL				**31**	**$14,562,100**	**$11,300**	**$0**	**$14,573,400**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901454513	3	CONSTRUCCIONES CIVILES BURGOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA	av carrera 70 # 65a-71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8537006	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	447112733	9507533137	E	2026/07/03	2026/07/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$20,174,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSORCIO COCO (8 Afiliados)																								$11,062,711	$1,770,400			$12,580,162	$503,600			$12,580,162	$503,600			$12,580,162		$875,900		$0	$0		$3,653,500
Centro de Trabajo: BOGOTA (8 Afiliados)																								$11,062,711	$1,770,400			$12,580,162	$503,600			$12,580,162	$503,600			$12,580,162		$875,900		$0	$0		$3,653,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																								$11,062,711	$1,770,400			$12,580,162	$503,600			$12,580,162	$503,600			$12,580,162		$875,900		$0	$0		$3,653,500
1	CC	79245708	CERON JOSE	X																			0	$0	$0	EPS017	26	$1,517,451	$60,700	CCF24	26	$1,517,451	$60,700	14-11	26	$1,517,451	6.960%	$105,700	26	$0	$0	Si	$227,100
2	CC	3118987	CORREDOR FELICIANO	X																		230301	13	$884,000	$141,500	EPS002	13	$884,000	$35,400	CCF24	13	$884,000	$35,400	14-11	13	$884,000	6.960%	$61,600	13	$0	$0	Si	$273,900
3	CC	1077438252	HERNANDEZ FERNANDO	X																		230301	6	$350,181	$56,100	EPS005	6	$350,181	$14,100	CCF24	6	$350,181	$14,100	14-11	6	$350,181	6.960%	$24,400	6	$0	$0	Si	$108,700
4	CC	13706921	MOJICA NELSON																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
5	CC	1085167086	NARVAEZ WILMER																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
6	CC	1108121470	NAVARRO ROBINSON	X																		230301	27	$1,575,815	$252,200	EPS037	27	$1,575,815	$63,100	CCF24	27	$1,575,815	$63,100	14-11	27	$1,575,815	6.960%	$109,700	27	$0	$0	Si	$488,100
7	CC	74333256	RODRIGUEZ ALIRIO																			231001	30	$3,000,000	$480,000	EPS037	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800
8	CC	79857917	VEGA JAVIER																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SALLE (13 Afiliados)																								$20,759,594	$3,322,100			$22,510,499	$901,200			$22,510,499	$884,800			$22,510,499		$1,538,900		$0	$0		$6,647,000
Centro de Trabajo: BOGOTA (13 Afiliados)																								$20,759,594	$3,322,100			$22,510,499	$901,200			$22,510,499	$884,800			$22,510,499		$1,538,900		$0	$0		$6,647,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																								$20,759,594	$3,322,100			$22,510,499	$901,200			$22,510,499	$884,800			$22,510,499		$1,538,900		$0	$0		$6,647,000
9	CC	13874525	ARIZA JOSE																			230301	23	$1,342,361	$214,800	EPS002	23	$1,342,361	$53,700	CCF24	23	$1,342,361	$53,700	14-11	23	$1,342,361	6.960%	$93,500	23	$0	$0	Si	$415,700
10	CC	13874525	ARIZA JOSE											X								230301	7	$408,545	$65,400	EPS002	7	$408,545	$16,400	CCF24	7	$408,545	$0	14-11	7	$408,545	0.000%	$0	7	$0	$0	Si	$81,800
11	CC	7635481	BUELVAS ALVARO	X																		230301	18	$1,050,543	$168,100	EPS002	18	$1,050,543	$42,100	CCF24	18	$1,050,543	$42,100	14-11	18	$1,050,543	6.960%	$73,200	18	$0	$0	Si	$325,500
12	PT	6791987	CAICEDO REINALDO																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
13	CC	7277744	CANON JAIME																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
14	CC	14258262	CUBILLOS NEFTALY																			231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
15	CC	3947380	DAVILA ALVARO																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	CCFC55	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
16	CC	3947025	JIMENEZ CRISTOBAL																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
17	PT	7140655	MOLINA VICTOR																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
18	CC	19459644	MORENO JORGE																				0	$0	$0	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$262,100
19	CC	80760235	PALACIOS JOSE																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPSC34	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
20	CC	82393821	QUEVEDO WILSON																			25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
21	CC	79971177	RIVEROS SERGIO																			230301	30	$2,200,000	$352,000	EPSC34	30	$2,200,000	$88,000	CCF24	30	$2,200,000	$88,000	14-11	30	$2,200,000	6.960%	$153,200	30	$0	$0	Si	$681,200
22	CC	13707157	RUIZ LUIS																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUBA VIAS (1 Afiliados)																								$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,800				$0	$0		$928,800
Centro de Trabajo: SUBA VIAS (1 Afiliados)																								$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,800				$0	$0		$928,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,000	$120,000			$3,000,800				$0	$0		$928,800
23	CC	74333979	RODRIGUEZ POMPILIO																			230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF24	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$0	$0	Si	$928,800

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IDU (1 Afiliados)																								$58,364	$9,400			$58,364	$2,400			$58,364	$2,400			$4,100				$0	$0		$18,300
Centro de Trabajo: IDU (1 Afiliados)																								$58,364	$9,400			$58,364	$2,400			$58,364	$2,400			$4,100				$0	$0		$18,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$58,364	$9,400			$58,364	$2,400			$58,364	$2,400			$4,100				$0	$0		$18,300
24	CC	1078456634	PALACIOS VINJAWER		X																	230301	1	$58,364	$9,400	EPS010	1	$58,364	$2,400	CCF24	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: APIROS (15 Afiliados)																								$11,305,798	$1,809,400			$11,305,798	$453,300			$11,305,798	$453,300			$788,300				$0	$0		$3,504,300
Centro de Trabajo: SOACHA (15 Afiliados)																								$11,305,798	$1,809,400			$11,305,798	$453,300			$11,305,798	$453,300			$788,300				$0	$0		$3,504,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (15 Afiliados)																								$11,305,798	$1,809,400			$11,305,798	$453,300			$11,305,798	$453,300			$788,300				$0	$0		$3,504,300
25	CC	96342718	ACOSTA ILSEN	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPS017	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
26	CC	1105681855	ARTEAGA LUIS	X	X																	230301	1	$58,364	$9,400	EPS037	1	$58,364	$2,400	CCF24	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
27	CC	1105681855	ARTEAGA LUIS	X																		230301	12	$700,362	$112,100	EPS037	12	$700,362	$28,100	CCF24	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	6.960%	$48,800	12	$0	$0	Si	$217,100
28	CC	4047169	BARAHONA LUIS	X																		230301	12	$700,362	$112,100	EPS017	12	$700,362	$28,100	CCF24	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	6.960%	$48,800	12	$0	$0	Si	$217,100
29	PT	7136741	BRICEÑO DEIBYS	X	X																	230201	2	$116,727	$18,700	EPS017	2	$116,727	$4,700	CCF24	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
30	PT	7136741	BRICEÑO DEIBYS	X																		230201	13	$758,726	$121,400	EPS017	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
31	CC	5658215	CAMACHO LUIS	X																		25-14	12	$700,362	$112,100	EPS008	12	$700,362	$28,100	CCF24	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	6.960%	$48,800	12	$0	$0	Si	$217,100
32	CC	1012319753	CAÑON GERSON	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPSC34	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
33	CC	80435247	GONZALEZ JOSE	X	X																	230301	1	$58,364	$9,400	EPS017	1	$58,364	$2,400	CCF24	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
34	CC	80435247	GONZALEZ JOSE	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPS017	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
35	CC	79062213	LARA JOSE	X																		25-14	21	$1,225,634	$196,200	EPS017	21	$1,225,634	$49,100	CCF24	21	$1,225,634	$49,100	14-11	21	$1,225,634	6.960%	$85,400	21	$0	$0	Si	$379,800
36	CC	79209509	LOPERA LEONARDO	X																		25-14	12	$700,362	$112,100	EPS017	12	$700,362	$28,100	CCF24	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	6.960%	$48,800	12	$0	$0	Si	$217,100
37	CC	1106779621	MEDINA DANIEL	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPS005	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
38	CC	80442717	MUÑOZ EVERLEY	X	X																	230301	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF24	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
39	CC	80442717	MUÑOZ EVERLEY	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPS002	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
40	CC	79546875	RIVERA JESUS	X																		25-14	13	$758,726	$121,400	EPS002	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
41	CC	79667635	RIVERA LUIS	X																		25-14	13	$758,726	$121,400	EPS002	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
42	CC	79919564	RIVERA SIERVO	X																		230301	13	$758,726	$121,400	EPS002	13	$758,726	$30,400	CCF24	13	$758,726	$30,400	14-11	13	$758,726	6.960%	$52,900	13	$0	$0	Si	$235,100
43	CC	4280265	RODRIGUEZ MANUEL	X	X																	230201	1	$100,000	$16,000	EPS017	1	$100,000	$4,000	CCF24	1	$100,000	$4,000	14-11	1	$100,000	6.960%	$7,000	1	$0	$0	Si	$31,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO	NOVEDADES	PENSION	SALUD	CCF	RIESGOS	PARAFISCALES

aportes en línea

Planilla Resumen

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SALITRE (3 Afiliados)																							$5,252,715	$840,600			$5,252,715	$210,300			$5,252,715	$210,300			$5,252,715		$365,700		$0	$0		$1,626,900
Centro de Trabajo: OBRA (3 Afiliados)																							$5,252,715	$840,600			$5,252,715	$210,300			$5,252,715	$210,300			$5,252,715		$365,700		$0	$0		$1,626,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$5,252,715	$840,600			$5,252,715	$210,300			$5,252,715	$210,300			$5,252,715		$365,700		$0	$0		$1,626,900
44	CC	4097800	GARCIA LUIS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
45	CC	93418308	GOMEZ DAGOBERTO																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
46	CC	85440895	PALOMINO DELVIS																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SUB CONTRATISTAS SALLE (1 Afiliados)																							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Centro de Trabajo: OBRA (1 Afiliados)																							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
47	CC	9272407	PEDROZO SILFREDO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSORCIO VIAS BOSA (6 Afiliados)																							$10,505,430	$1,681,200			$10,505,430	$420,600			$10,505,430	$420,600			$10,505,430		$731,400		$0	$0		$3,253,800
Centro de Trabajo: BOSA (6 Afiliados)																							$10,505,430	$1,681,200			$10,505,430	$420,600			$10,505,430	$420,600			$10,505,430		$731,400		$0	$0		$3,253,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																							$10,505,430	$1,681,200			$10,505,430	$420,600			$10,505,430	$420,600			$10,505,430		$731,400		$0	$0		$3,253,800
48	CC	9497861	BUITRAGO ELBERTH																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
49	CC	93468531	CASTRO OSCAR																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
50	CC	79667051	GARCIA PUBLIO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
51	CC	1192890245	MENA CARLOS																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
52	CC	8866411	PRASCA SANTIAGO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
53	CC	13927066	URIBE VICENTE																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total			**Afiliados(48)**																				$63,695,517	$10,193,300			$66,963,873	$2,681,500			$66,963,873	$2,665,100			$66,963,873		$4,635,000		$0	$0		$20,174,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				46	$10,193,300	$0	$0	$10,193,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,320,600	$0	$0	$1,320,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$2,344,400	$0	$0	$2,344,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	26	$5,531,600	$0	$0	$5,531,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$996,700	$0	$0	$996,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$4,635,000	$0	$0	$4,635,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	48	$4,635,000	$0	$0	$4,635,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$2,665,100	$0	$0	$2,665,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	48	$2,665,100	$0	$0	$2,665,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				48	$2,681,500	$0	$0	$2,681,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$258,600	$0	$0	$258,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$168,300	$0	$0	$168,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$142,600	$0	$0	$142,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	14	$688,900	$0	$0	$688,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$353,800	$0	$0	$353,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
PROTEGER	CCFC55	901,543,211	6	1	$70,100	$0	$0	$70,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$694,500	$0	$0	$694,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$234,600	$0	$0	$234,600
TOTAL				**48**	**$20,174,900**	**$0**	**$0**	**$20,174,900**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901850515-6	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	CR 82 J NO. 64 64	3033164	CONSTRUCCIONESYTRANSPORTES21@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90843959	12/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$48,616,796	$13.226.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	490.700	0		0		0	8	2.900	0	493.600	7
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	210.300	0		0		0	8	1.300	0	211.600	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	14.100	0		0		0	8	100	0	14.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	645.000	0		0		0	8	3.800	0	648.800	10
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	306.100	0		0		0	8	1.800	0	307.900	5
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0		0	8	500	0	70.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	210.300	0		0		0	8	1.300	0	211.600	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	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.120.800	0	0	0	0	8	6.600	0	1.127.400	4
230301	Porvenir	800224808-8	1.961.400	0	0	0	0	8	11.500	0	1.972.900	7
231001	Colfondos	800227940-6	1.120.800	0	0	0	0	8	6.600	0	1.127.400	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.896.200	0	0	0	0	8	11.200	0	1.907.400	9

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.156.300				3.156.300	8	18.500	3.174.800			31.563	3.174.800	30

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.946.600	8	11.400	1.958.000	30

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	7	1.946.600	1.958.300
Pensión	4	6.099.200	6.135.100
Riesgos Laborales	1	3.156.300	3.174.800
CCF	1	1.946.600	1.958.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	13.148.700	13.226.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901850515-6	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS		CR 82 J NO. 64 64	3033164	CONSTRUCCIONESYTRANSPORTES21@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90843959	12/06/2026	30	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$48,616,796	$13.226.200	

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	Cotiz. 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 10247544	OSPINA BLANDON JOSE HUMBERTO	1	0			S	X																25-14	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS010	350.181	6	14.100	14-11	350.181	6	5	24.400	CCF24	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
2	CC 1031808487	CASTILLO SALAMANCA GUIOVANY ESTIBEN	1	0			S	X																25-14	641.999	11	102.800	0	0	0	0	EPS037	641.999	11	25.700	14-11	641.999	11	5	44.700	CCF24	641.999	11	25.700	0	0	0	0	0
3	CC 1053684048	OJEDA SILVA WILSON JIOVANY	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1053684054	OJEDA SILVA BLANCA IDALY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1063170557	OSPINO CASTRO CRISTIAN DAVIS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1074808680	JIMENEZ GUTIERREZ JHON FREDY	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1233490149	MALAMBO AROCA EDWIN STIVEN	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 13526015	PARDO NIÑO ARISTIRES	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 13893920	ACOSTA CANTILLO EDINSON ALBERTO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
10	CC 19311450	PALACIOS HUERTAS JUSTO RAFAEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 19388875	LOPEZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
12	CC 19495200	PACANCHIQUE JAIME ENRIQUE	1	0			S	X	X															25-14	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS017	350.181	6	14.100	14-11	350.181	6	5	24.400	CCF24	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
13	CC 3102662	AREVALO MONTERO GERMAN	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
14	CC 4226939	OJEDA SILVA JOSE SILVERIO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
15	CC 4226971	REYES SOLER NESTOR ALBERTO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
16	CC 4226984	SILVA PARRA JOSE ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 4248728	ORTIZ GALINDO LUIS ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 6004326	RAMIREZ EULOGIO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
19	CC 7222827	MORANTES DIAZ JOSE ELIAS	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
20	CC 7330452	LOPEZ GONZALEZ PEDRO ANTONIO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
21	CC 79189121	DIAZ RISCANEVO LUIS ALBERTO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
22	CC 79210190	CABALLERO LUIS CARLOS	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	CC 79658299	VILLAMIZAR CARLOS ALBERTO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
24	CC 80132078	SANCHEZ LESMES OSCAR	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
25	CC 80231144	POVEDA GONZALEZ JOSE HUMBERTO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
26	CC 80246263	SANTANA JIMENEZ CARLOS ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
27	CC 83085354	GARRIDO WALLES ALFONSO	1	5			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
28	CC 8463254	RIVERA RUA ORLEY DE JESUS	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
29	CC 93083841	PRECIADO FERNANDEZ JUAN BAUTISTA	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
30	CC 93152195	TOVAR LOAIZA NEIRO	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 902039014	4	EXCAVACIONES Y SUMINISTROS M&M SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PPAL	Cra 22 sur 66 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150660688	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	369055850	9506087712	E	2026/06/03	2026/06/09	BANCOLOMBIA	6	$3,268,600

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80249887	ARIAS LEON JOHN JAIRO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	96166476	BARBOSA OSSMA JORGE ERNESTO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
3	CC	79726889	BELTRAN PEDRAZA EDGAR EDUARDO																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
4	CC	1023948574	CARREÑO TORRES YERSON ANDRES																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
5	CC	80750070	PEDRAZA ARDILA JOSE MAURICIO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
6	CC	1033718626	VARGAS PATIÑO DIEGO ARMANDO																		231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total	**Afiliados(6)**																						$10,505,430	$1,681,200			$10,505,430	$420,600			$10,505,430	$420,600			$10,505,430	$731,400		$0	$0		$3,253,800

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
NIT 902039014	4	EXCAVACIONES Y SUMINISTROS M&M SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PPAL	Cra 22 sur 66 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3150660688	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	369055850	9506087712	E	2026/06/03	2026/06/09	BANCOLOMBIA	6	$3,268,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$1,681,200	$7,600	$0	$1,688,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$840,600	$3,700	$0	$844,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$731,400	$3,300	$0	$734,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$731,400	$3,300	$0	$734,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$420,600	$1,900	$0	$422,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$420,600	$1,900	$0	$422,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$420,600	$2,000	$0	$422,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$140,200	$700	$0	$140,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$280,400	$1,300	$0	$281,700
TOTAL				**6**	**$3,253,800**	**$14,800**	**$0**	**$3,268,600**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	93288311	FRANCISCO JAVIER DURAN CAÑON	Diagonal 15 c#5b 48 este	8101738	frnciscoduran503@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92902963	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$299.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	20	3.300	0	222.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	76.200				76.200	20	1.200	77.400			762	77.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	218.900	222.200
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	76.200	77.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	295.100	299.600

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
CC	93288311	FRANCISCO JAVIER DURAN CAÑON	Diagonal 15 c#5b 48 este	8101738	frnciscoduran503@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92902963	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$299.600	

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	Excenvalo	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 93288311	DURAN CAÑON FRANCISCO JAVIER	57	2			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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	901340744-8	VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS	DG 146 128 70 CASA 10	3244418903	vgequiposymaquinariasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86621659	11/06/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$15,565,430	$4.494.800	

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	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	202.400	0		0		0	0	0	0	202.400	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	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	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	840.600	0	0	0	0	0	0		840.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.089.800	0	0	0	0	0	0		1.089.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	758.000				758.000	0	0	758.000			7.580	758.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	623.000	0	0	623.000	8

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	6	623.000	623.000
Pensión	3	2.490.800	2.490.800
Riesgos Laborales	1	758.000	758.000
CCF	1	623.000	623.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	4.494.800	4.494.800

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	901340744-8	VG EQUIPOS Y MAQUINARIA SAS		DG 146 128 70 CASA 10	3244418903	vgequiposymaquinariasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86621659	11/06/2026	8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$15,565,430	$4.494.800	

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	Cotiz. 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 1000129227	GUIZA DIAZ KEVIN ARLEY	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1000129228	GUIZA DIAZ YEISON ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1012357989	GUIZA ARIZA JUAN CARLOS	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1025528289	GUIZA CRUZ LEYNER ALEXIS	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 1032383432	CADENA JARA CARLOS ARTURO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 17588752	PLAZAS GUERRERO JHON JAIRO	1	0			S																	25-14	2.530.000	30	404.800	0	0	0	0	EPS008	2.530.000	30	101.200	14-11	2.530.000	30	1	13.300	CCF22	2.530.000	30	101.200	0	0	0	0	0
7	CC 52266033	GUIZA PINZON ADRIANA ELVIRA	1	0			S																	25-14	2.530.000	30	404.800	0	0	0	0	EPS008	2.530.000	30	101.200	14-11	2.530.000	30	1	13.300	CCF22	2.530.000	30	101.200	0	0	0	0	0
8	CC 80127447	GUIZA PINZON VICENTE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	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

ANEXO 3 CERTIFICADO PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL

CONSORCIO COCO

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo Jotam Maestre Diab, identificado con la cedula de ciudadanía 1067958661 de Valledupar cesar en mi condición de Representante Legal del **CONSORCIO COCO** con Nit, 902010258-8 se encuentra al día con el pago de sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a la caja de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje y liquidaciones cuando a ello hubiere lugar, durante el periodo comprendido del 1 al 30 de junio del 2026.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C, a los Veinticinco (25) días del mes de junio de 2026.

Cordialmente,



JOTAM MAESTRE DIAB

REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO COCO

ANEXO 4 PAZ Y SALVO PERSONAL RETIRADO

CONSORCIO COCO	FORMATO PAZ Y SALVO DEVOLUCION ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y HERRAMIENTAS MANUALES	CÓDIGO: 00 FECHA: 1/11/2024 VERSIÓN: 0 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
ANGELA PATRICIA CASTRO	CC	30321513	DIRECTORA	CONSORCIO COCO

Declaró que me encuentro a PAZ Y SALVO, por todo concepto de sueldos, prestaciones sociales y demás pagos a que hubo lugar como también, con herramientas manuales y elementos de protección personal.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el Consorcio COCO, con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	15-6-26	SARAHIA SIERRA
2	CHALECO	1	15-6-26	SARAHIA SIERRA
3				
4				
5				

EQUIPOS TECONOLOGICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	COMPUTADOR	1	15-6-26	SARAHIA SIERRA
2				
3				
4				
5				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
ANGELA PATRICIA CASTRO	30321513	DIRECTORA	

CONTRATO No. 613 de 2025

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

CONSORCIO

FORMATO PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO

Por medio del presente documento, las diferentes áreas del CONSORCIO COCO, certifican que el señor(a) ANGELA PATRICIA CASTRO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 30321513 expedida en MANIZALES quien desempeñaba el cargo de DIRECTOR DE OBRA se encuentra a paz y salvo por todo concepto:

AREA	FECHA DE RECIBIDO	CONCEPTO S/N	FIRMA DEL RESPONSABLE
TECNICA	15-Co-26	Si	
AMBIENTAL			
SST	15-Co-26	Si	SARAHA SIERRA
SOCIAL			
ALMACEN			

FECHA DE ENTREGA 15-Co-26

VISTO BUENO DIRECCIÓN DE OBRA

CONSORCIO COCO	FORMATO PAZ Y SALVO DEVOLUCION ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y HERRAMIENTAS MANUALES	CÓDIGO: 00 FECHA: 1/11/2024 VERSIÓN: 0 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
JANER HERNANDO CASTRO	C.C	98388497	DIRECTOR	CONSORCIO COCO

Declaró que me encuentro a PAZ Y SALVO, por todo concepto de sueldos, prestaciones sociales y demás pagos a que hubo lugar como también, con herramientas manuales y elementos de protección personal.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el Consorcio COCO, con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	16-6-26	SARAIMA SIERRA
2	CHALECO	1	16-6-26	SARAIMA SIERRA
3				
4				
5				

EQUIPOS TECONOLOGICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	COMPUTADOR	1	16-6-26	SARAIMA SIERRA
2				
3				
4				
5				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
JANER CASTRO	98388497	DIRECTOR	

CONTRATO No. 613 de 2025

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

CONSORCIO

FORMATO PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO

Por medio del presente documento, las diferentes áreas del CONSORCIO COCO, certifican que el señor(a) JAVIER HERNANDO CASTRO CUERVERO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 98388497 expedida en PASTO quien desempeñaba el cargo de DIRECTOR DE OBRA. se encuentra a paz y salvo por todo concepto:

AREA	FECHA DE RECIBIDO	CONCEPTO S/N	FIRMA DEL RESPONSABLE
TECNICA	16-Co-26	Si	
AMBIENTAL			
SST	16-Co-26	Si	SARAHA SIERRA
SOCIAL			
ALMACEN			

FECHA DE ENTREGA 16-Co-26

VISTO BUENO DIRECCIÓN DE OBRA

CONSORCIO	FORMATO PAZ Y SALVO DEVOLUCION ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y HERRAMIENTAS MANUALES	CÓDIGO: 00 FECHA: 1/11/2024 VERSIÓN: 0 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
MARTHA LILIANA TRIANA	C.C	52328935	R. SOCIAL	CONSORCIO COCO

Declaró que me encuentro a PAZ Y SALVO, por todo concepto de sueldos, prestaciones sociales y demás pagos a que hubo lugar como también, con herramientas manuales y elementos de protección personal.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el Consorcio COCO, con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CHALECO	1	15-6-26	SARAIMA SIERRA
2	CASCO	1	15-6-26	SARAIMA SIERRA
3				
4				
5				

EQUIPOS TECONOLOGICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	COMPUTADOR	1	15-6-26	SARAIMA SIERRA
2				
3				
4				
5				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
MARTA LILIANA TRIANA	52328935	R. SOCIAL	

CONTRATO No. 613 de 2025

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

CONSORCIO

FORMATO PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO

Por medio del presente documento, las diferentes áreas del CONSORCIO COCO, certifican que el señor(a) MARTHA LILIANA TRIANA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52328935 expedida en BOGOTA quien desempeñaba el cargo de RESIDENTE SOCIAL se encuentra a paz y salvo por todo concepto:

AREA	FECHA DE RECIBIDO	CONCEPTO S/N	FIRMA DEL RESPONSABLE
TECNICA	15-Co-26	S.	
AMBIENTAL			
SST	15-Co-26	S.	LAURA SIERRA
SOCIAL			
ALMACEN			

FECHA DE ENTREGA 15-Co-26

VISTO BUENO DIRECCIÓN DE OBRA

CONSORCIO	FORMATO PAZ Y SALVO DEVOLUCION ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y HERRAMIENTAS MANUALES	CÓDIGO: 00 FECHA: 1/11/2024 VERSIÓN: 0 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
JOHANA MARCELA NIETO TRUJILLO	CC	1022985289	TOPOGRAFA	CONSORCIO COCO

Declaró que me encuentro a PAZ Y SALVO, por todo concepto de sueldos, prestaciones sociales y demás pagos a que hubo lugar como también, con herramientas manuales y elementos de protección personal.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el Consorcio COCO, con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	10-6-26	SARAITA
2	CHALECO	1	10-6-26	SARAITA
3				
4				
5				

EQUIPOS TECONOLOGICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	COMPUTADOR	1	10-6-26	SARAITA
2				
3				
4				
5				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
JOHANA MARCELA NIETO	1022985289	TOPOGRAFA	Johana Nieto

CONTRATO No. 613 de 2025

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

COCO CONSORCIO

FORMATO PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO

Por medio del presente documento, las diferentes áreas del CONSORCIO COCO, certifican que el señor(a) JOHANA MARCELA NUETO TRIVIÑO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1002985289 expedida en BOGOTA quien desempeñaba el cargo de TOPOGRAFA se encuentra a paz y salvo por todo concepto:

AREA	FECHA DE RECIBIDO	CONCEPTO S/N	FIRMA DEL RESPONSABLE
TECNICA	10-Co-26		
AMBIENTAL			
SST	10-Co-26	S.	DIANA SIERRA
SOCIAL			
ALMACEN			

FECHA DE ENTREGA 10-Co-26

VISTO BUENO DIRECCIÓN DE OBRA

CONSORCIO	FORMATO PAZ Y SALVO DEVOLUCION ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y HERRAMIENTAS MANUALES	CÓDIGO: 00 FECHA: 1/11/2024 VERSIÓN: 0 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
DANIELA ALEJANDRA POVEDA	CC	1010071943	AUX TECNICA	CONSORCIO COCO

Declaró que me encuentro a PAZ Y SALVO, por todo concepto de sueldos, prestaciones sociales y demás pagos a que hubo lugar como también, con herramientas manuales y elementos de protección personal.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el Consorcio COCO, con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CHALECO	1	16-6-26	SARAITH SIERRA
2				
3				
4				
5				

EQUIPOS TECONOLOGICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	COMPUTADOR	1	16-6-26	SARAITH SIERRA
2				
3				
4				
5				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
DANIELA ALEJANDRA POVEDA	1010071943	AUX TECNICA	Danela Poveda R

CONTRATO No. 613 de 2025

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

COCO CONSORCIO

FORMATO PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO

Por medio del presente documento, las diferentes áreas del CONSORCIO COCO, certifican que el señor(a) DANIELA ALEJANDRA PULIDA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1010071943 expedida en CHIA quien desempeñaba el cargo de AUX-TECNICA se encuentra a paz y salvo por todo concepto:

AREA	FECHA DE RECIBIDO	CONCEPTO S/N	FIRMA DEL RESPONSABLE
TECNICA	16-Co-2Co	Si	
AMBIENTAL			
SST	16-Co-2Co	Si	
SOCIAL			
ALMACEN			

FECHA DE ENTREGA 16-Co-2Co

VISTO BUENO DIRECCIÓN DE OBRA

ANEXO 5 CAPACITACION PERSONAL

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-009
CONSORCIO		Versión: 01
		Diciembre 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

FECHA 11-Co-26

OBJETO DEL CONSORCIO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: FRENTES DE OBRA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SARAHA SIERRA OTAIE

EMPRESA: Consorcio COCO

TEMA: Accidentes e incidentes de trabajo.

HORA DE INICIO: 7:15 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN [ ] CAPACITACIÓN [X]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jose Moreno	6388159	Boal	Consorcio.	
Leonar Moreno	1004495	Boal	Consorcio	
Luis Barragan	1026559967	Operador	Burgos	
Vicente Uribe	13927066	Ofical	Burgos.	
Robinson Navarro	1108121470	Ayudante	Burgos	
Carlos Mena	1192890245	Ofical	Burgos	
Elberth Buitrago	9497861	Ayudante	Burgos	
Eduar Ortega	1085226564	Boal	Consorcio.	
Kevin Riera	30454429	Boal	Consorcio.	
Oscar Sanchez	80132078	Ofical	Siglo xxi	
Eulogio Ramirez	6004326	Ayudante	Siglo xxi	
Sergio Garcia	1085227822	Boal	Consorcio	
Miguel Pachón	1033757981	Cadenero 2	Consorcio.	
Orley Rivera	8463254	Ofical	Siglo xxi	
Laura Menjura	1022950246	Boal	Consorcio.	

(Firma) SARAHA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

ANEXO 6 CHARLAS 5 MINUTOS

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-009
		Versión: 01
		Diciembre 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA: 4-6-26

OBJETO DEL CONSORCIO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: FRENTES DE OBRA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: PELIGROS - RIESGOS

HORA DE INICIO: 08:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:20 AM

TIPO

INDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA	X	ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jose Moreno	6388159	Boal	Consorcio	
Leonar Moreno	1004495	Boal	Consorcio	
Luis Barragan	1026559967	Operador	Burgos	
Vicente Uribe	13927066	Ofical	Burgos	
Robinson Navarro	1108121470	Ayudante	Burgos	
Carlos Mena	1192890245	Ofical	Burgos	
Elberth Buitrago	9497861	Ayudante	Burgos	
Edvar Ortega	1085226564	Boal	Consorcio	
Kevin Riera	30454429	Boal	Consorcio	
Oscar Sanchez	80132078	Ofical	Siglo xxi	
Eulogio Ramirez	6004326	Ayudante	Siglo xxi	
Sergio Garcia	1085227822	Boal	Consorcio	
Miguel Pachón	1033757981	cadenero 2	Consorcio	
Orley Rivera	8463254	Ofical	Siglo xxi	
Laura Menjura	1022950246	Boal	Consorcio	

(Firma) SARAIMA SIERRA
(Nombre)

Coordinador SG-SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-009
CONSORCIO		Versión: 01
		Diciembre 2025

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA 24-6-26

OBJETO DEL CONSORCIO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: FRENTES DE OBRA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: SAHAIMA SIERRA ORTATE

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

HORA DE INICIO: 10:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 10:20 AM

TIPO

INDUCCIÓN	☐	CAPACITACIÓN	☐
CHARLA INFORMATIVA	☒	ENTRENAMIENTO	☐
		OTRO	☐

NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jose Moreno	6388159	Boal	Consorcio.	
Leonar Moreno	1004495	Boal	Consorcio	
Luis Barragan	1026559967	Operador	Burgos	
Vicente Uribe	13927066	oficial	Burgos	
Robinson Navarro	1108121470	Ayudante	Burgos	
Carlos Mena	1192890245	Oficial	Burgos	
Elberth Burtrago	9497861	Ayudante	Burgos	
Eduar Ortega	1085226564	Boal	Consorcio.	
Kevin Riera	30454429	Boal	Consorcio	
Oscar Sanchez	80132078	Oficial	Siglo xxi	
Eulogio Ramirez	6004326	Ayudante	Siglo xxi	
Sergio Garcia	1085227822	Boal	Consorcio	
Miguel Pachón	1033757981	Cadenero 2	Consorcio	
Orley Rivera	8463254	Oficial	Siglo xxi	
Laura Menjura	1022950246	Boal	Consorcio.	

(Firma) SAHAIMA SIERRA

(Nombre)

Coordinador SG-SST

ANEXO 7 ACTA DE COMITE COPASST

ACTA DE COMITÉ Y/O REUNIÓN N°5

Fecha: 22 de junio del 2026

Hora: 10:00 am

Lugar: Punto PAC

1. OBJETIVOS

Socialización del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, Socialización de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo, sistema general de Seguridad Social y sistema general de riesgos laborales y su funcionalidad, derechos y deberes, notificación de riesgos, componentes de SST.

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR Y POSIBLES OBSERVACIONES A LA MISMA

Se realiza lectura del acta anterior

3. TEMAS DEL COPASST CONSORCIO COCO-COP: 613-2025

- El área de Seguridad y Salud en el trabajo y medio ambiente (SST-MA) informa que se realizó visitas a los frentes de obra con el propósito de verificar el adecuado y constante uso de los elementos de protección personal que se han suministrado según las necesidades de cada trabajador. En las respectivas inducciones, se hace entrega de casco, overol, monogafas de seguridad, botas de caucho con punta de acero, protector auditivo tipo inserción, protector respiratorio (mascarilla normal), impermeable para invierno, guantes de caucho y guantes de vaqueta al 100% a los trabajadores que ingresaron.

- Durante este periodo se realizó charla de Actos y Condiciones Inseguras a todo el personal, donde fue claro el interés de participación de los trabajadores y compromiso con el área para ampliar y reforzar sus conocimientos respecto a estos temas.

- Se realizaron inspecciones las cuales fueron: Inspección Extintor, Inspección Señalización y Seguridad, Inspección Orden y Aseo, Inspección Botiquín, Inspección Herramientas Manuales, se recalca la importancia de tener en óptimas condiciones los elementos de seguridad y primeros auxilios en los frentes de obra y maquinaria, para disminuir las posibilidades de riesgos, incidentes o accidentes durante el desarrollo de la obra.

- Se realiza una retroalimentación de los pagos de seguridad social del personal y se resuelven inquietudes respecto a estas. Todo el personal vinculado al proyecto cuenta con las afiliaciones y/o pagos al sistema general de seguridad social, requisito de carácter obligatorio para el ingreso de personal al proyecto.

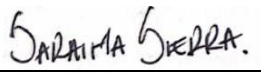
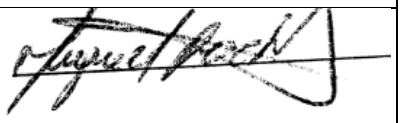
4. VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS PACTADOS SEGÚN ACTA ANTERIOR

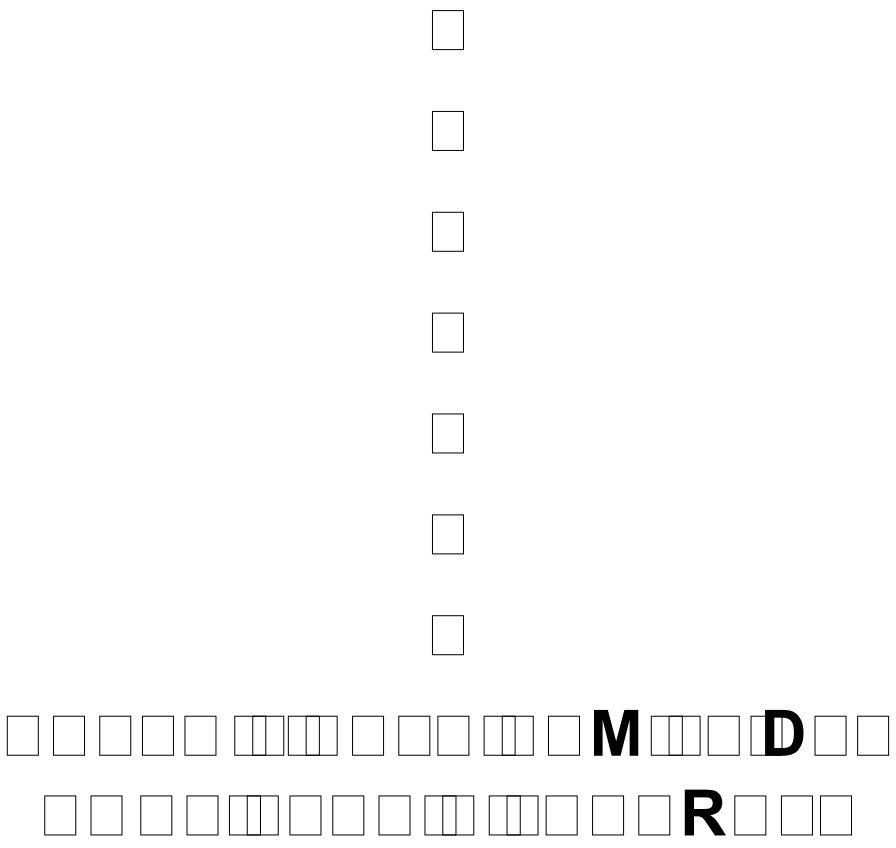
N/A

5. PROXIMA REUNIÓN

21 de julio 2026.

6. ASISTENTES AL COMITÉ

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Saraima Sierra Oñate	1067816960	Residente SST	
Jorge Andrés Vega	1120750763	Inspector 1	
Miguel Ángel Pachón Guzmán	1033757981	Cadenero 2	
Eduar José Ortega Martinez	1085226564	Boal - Trafico	



	M **R**	
	R M D R M R M D R R M D R R D D R R R M M R M M R D D D	

D M D

R

M

R

R

D

D

R

R

M R	**R**	**R R**

D R **D**

D D	**D R D**	**R D R**

COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL

	M **R**	
	R M M D R R M D R R R D D R	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

D D	R	
[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ANEXO 9 ENTREGA EPP Y DOTACION

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO

COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

MAURICIO MENA	1000591758	CADENERO 1	SST
NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													DOTACIÓN																	FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	1-6-26	X			X		X			X				X		X										X					
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

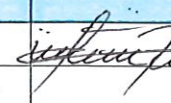
FIRMA QUIEN ENTREGA SARAIMA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAIMA SIERRA

CONSORCIO	**ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO**	CONSORCIO COCO COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
MARCO J MERCHAN	74081770	CONDUCTOR	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN														REPOSICION	1° VEZ	FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON			
1	4-6-26		X				X															X				X					
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAYMA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAYMA SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO
COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
JHONIER CARRILLO	1022928095	AYUDANTE	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN																		REPOSICION	1° VEZ	FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON				
1	5-6-26		X		X		X			X			X									X				X								
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial del CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAHA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAHA SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO
COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
MARLO SANTAMARIA	91472482	DIRECTOR	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN																FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	16-Co-026	X														X																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAIMA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAIMA SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO

COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
NELSON HERNANDEZ	80820454	R. DE OBRA	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN															FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1ª VEZ	
1	16-6-26	X					X			X						X										X					
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAHIA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAHIA SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO
COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
LAURA VALENTINA AVILA	1000858033	AUX-TECNICA	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN																	FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ		
1	16-6-26	X														X										X						Valentinaavila
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAIMA SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAIMA SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO
COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
DAVID URBANO	79905539	TOPOGRAFO	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN																		FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ		
1	17-6-26	X			X		X			X						X										X							
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA SARAITH SIERRA

FIRMA RESIDENTE SST SARAITH SIERRA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO

COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
JOSE LEONARDO MORENO	6388159	AUX- TRAFICO	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN															FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON	REPOSICION	1° VEZ	
1	9-3-26		X		X		X			X			X						X			X				X	\			Moreno J.
2	15-4-26																						X					X			Moreno J.
3	21-4-26												X																		Moreno J.
4	8-5-26												X									X				X					Moreno J.
5	23-06-26												X									X									Moreno J.
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA ERICSON GUTIERREZ

FIRMA RESIDENTE SST ERICSON GUTIERREZ

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN CONSORCIO COCO

CONSORCIO COCO
COP-613-2025

OBJETO DEL CONTRATO: "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	CARGO	ÁREA
LEONAR MORENO	1004495	BOAL.	SST

No.	FECHA	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL														DOTACIÓN														REPOSICION	1° VEZ	FIRMA
		CASCO BLANCO	CASCO ROJO	GAFAS TRANSPARANTES	GAFAS OSCURAS	PROTECION AUDITIVA DE COPA	PROTECION AUDITIVA DE INSERCION	CARETA FACIAL	RESPIRADOR DE FILTRO	RESPIRADOR SIN FILTRO	GUANTES DE CARNAZA	GUANTESDE CAUCHO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTES DE NITRILO	GUANTES LARGOS DE FONTANERO	CHALECO VERDE ING - AUX	CHALECO ROJO	CHALECO NARANJA BOAL	CALECO AMARRILLO - TRAFICO	PANTALON	CAMISA	OVEROL COMPLETO	DOTACION DE INVIERNO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO TIPO INGENIERO	BOTAS DE CAUCHO TIPO INGENIERO	BOTAS DE MATERIAL PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO PUNTA DE ACERO	CAPUCHON			
1	3-2-26		X	X			X			X			X					X				X				X	X				
2	9-3-26												X																			
3	13-03-26												X																			
4	15-4-26													X									X									
5	4-15-26																					X										
6	26-5-26																	X														
7	23-06-26										X			X																		
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial deL CONSORCIO, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

FIRMA QUIEN ENTREGA ERICSON GUTIERREZ

FIRMA RESIDENTE SST ERICSON GUTIERREZ

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: Punto Crea

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	X			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	X			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	X			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo			X	
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	X			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	X			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	X			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	X			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	X			
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	X			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	X			
El agua que se utiliza es potable	X			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Punto Crea

REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	X			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	X			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	X			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	X			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	X			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	X			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	X			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	X			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.			X	
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	X			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	X			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: Punto Crea

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad			X
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas	X		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	X		
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	X		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias		X	

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	CONSORCIO COCO COP-613-2026

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACION Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-06-2026 LUGAR DE INSPECCIÓN Punto Crea
DILIGENCIADO POR SARAIMA SIERRA CARGO Residente SST

INSPECCION DE HERRAMIENTAS

TIPO DE HERRAMIENTA	ESTADO				OBSERVACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	NO SE TIENE	
HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS					
ALICATES				X	
MARTILLO				X	
SEGUETA				X	
SERRUCHO				X	
BISTURI				X	
HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES					
PALA CUADRADA				X	
PALA REDONDA				X	
PICA				X	
BARRA				X	
HOYADORA				X	
PORRO O MAZO O ACERO				X	
CARRETILLA				X	
CEPILLO TIPO EDIS				X	
ESCOBA	X				
PULIDORA PEQUEÑA (A)				X	
PULIDORA GRANDE (B)				X	
EXTENSIONES ELÉCTRICAS				X	

SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ

ESTADO	ESTADO			RECOMENDACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	

REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA	DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA	OBSERVACIONES

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA SARAIMA SIERRA
NOMBRE SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-015 Versión: 01 Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: Punto Crea

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-06-2026 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Junio-2026

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
				MANOM.	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	CONJ. VALV.	ACCESO	SEÑALIZAC.	
1	ABC	10 LBS	02-2027	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	Ninguna
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	

Realizó la inspección

SARAIMA SIERRA — Nombre

SARAIMA SIERRA — Firma

Acciones a realizar:			
Autorizadas por:			
	Nombre	Firma	Fecha

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-014
		versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: Punto Crea
NOMBRE PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA
CARGO: Residente SST
FECHA: 10-06-2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	X	R	M	BOLSA	2027		
APLICADORES	6	X	R	M	BOLSA	2027		
CURAS	6	X	R	M	BOLSA	2027		
ESPARADRAPO	2	X	R	M	ROLLO	2027		
GASA	3	X	R	M	ROLLO	2027		
MICROPORE	2	X	R	M	ROLLO	2027		
VENDA ELASTICA	2	X	R	M	ROLLO	2027		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	X	R	M	BOLSA	2027		
GUANTES DE LATEX	4	X	R	M	BOLSA	2027		
TAPABOCAS	5	X	R	M	BOLSA	2027		
ALCOHOL	1	X	R	M	TARRO	2027		
SUERO ORAL	3	X	R	M	BOLSA	2027		
BAJALENGUAS	5	X	R	M	BOLSA	N/A		
CUELLO ORTOPEDICO	1	X	R	M	BOLSA	N/A		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	X	R	M	MALETIN	N/A		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: Almacén

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	X			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	X			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			X	
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	X			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	X			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	X			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	X			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	X			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	X			
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	X			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	X			
El agua que se utiliza es potable	X			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Almacén.	
REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA	FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	X			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	X			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	X			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	X			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	X			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	X			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			X	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	X			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.			X	
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	X			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	X			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: Almacén.

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	X		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas			X
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	X		
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	X		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias		X	

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	CONSORCIO COCO COP-613-2026

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACION Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-06-2026 LUGAR DE INSPECCIÓN Almacén.
DILIGENCIADO POR SARAIMA SIERRA CARGO Residente SST

INSPECCION DE HERRAMIENTAS

TIPO DE HERRAMIENTA	ESTADO				OBSERVACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	NO SE TIENE	
HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS					
ALICATES	X				
MARTILLO	X				
SEGUETA	X				
SERRUCHO	X				
BISTURI	X				
HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES					
PALA CUADRADA				X	
PALA REDONDA				X	
PICA				X	
BARRA				X	
HOYADORA				X	
PORRO O MAZO O ACERO				X	
CARRETILLA	X				
CEPILLO TIPO EDIS	X				
ESCOBA	X				
PULIDORA PEQUEÑA (A)				X	
PULIDORA GRANDE (B)				X	
EXTENSIONES ELÉCTRICAS	X				

SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ

ESTADO	ESTADO			RECOMENDACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	

REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA	DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA	OBSERVACIONES

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA SARAIMA SIERRA
NOMBRE SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-015 Versión: 01 Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: Almacén

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-06-2026 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Junio - 2026

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
				MANOM.	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	CONJ. VALV.	ACCESO	SEÑALIZAC.	
1	ABC	10 Lbs	02-2027	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	Ninguna
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	

Realizó la inspección

SARAIMA SIERRA
Nombre

SARAIMA SIERRA
Firma

Acciones a realizar:			
Autorizadas por:			
	Nombre	Firma	Fecha

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-014
		versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: Almacén.
NOMBRE PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA
CARGO: Residente SST
FECHA: 10-06-2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	B	R	M	BOLSA	2027		
APLICADORES	6	B	R	M	BOLSA	2027		
CURAS	6	B	R	M	BOLSA	2027		
ESPARADRAPO	2	B	R	M	ROLLO	2027		
GASA	3	B	R	M	ROLLO	2027		
MICROPORE	2	B	R	M	ROLLO	2027		
VENDA ELASTICA	2	B	R	M	ROLLO	2027		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	B	R	M	BOLSA	2027		
GUANTES DE LATEX	4	B	R	M	BOLSA	2027		
TAPABOCAS	5	B	R	M	BOLSA	2027		
ALCOHOL	1	B	R	M	TARRO	2027		
SUERO ORAL	3	B	R	M	BOLSA	2027		
BAJALENGUAS	5	B	R	M	BOLSA	N/A		
CUELLO ORTOPEDICO	1	B	R	M	BOLSA	N/A		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	B	R	M	MALETIN	N/A		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

SARAIMA SIERRA.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CV: 6000372

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	x			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	x			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			x	Se maneja carpa
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	x			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	x			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	x			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado			x	Se maneja carpa
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas			x	Se maneja carpa
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)			x	Se maneja carpa
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados			x	Se maneja Carpa
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	x			
El agua que se utiliza es potable	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000372	
REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA	FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	x			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	x			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	x			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	x			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.			x	
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	x			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			x	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	x			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	x			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	x			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA .

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CIV 6000372

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	X		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas	X		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			X
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados			X
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			X

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	CONSORCIO COCO COP-613-2026

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACION Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-06-2026 LUGAR DE INSPECCIÓN CIV 6000372
DILIGENCIADO POR SARAIMA SIERRA CARGO Residente SST

INSPECCION DE HERRAMIENTAS

TIPO DE HERRAMIENTA	ESTADO				OBSERVACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	NO SE TIENE	
HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS					
ALICATES	X				
MARTILLO	X				
SEGUETA				X	
SERRUCHO	X				
BISTURI	X				
HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES					
PALA CUADRADA	X				
PALA REDONDA				X	
PICA				X	
BARRA	X				
HOYADORA				X	
PORRO O MAZO O ACERO				X	
CARRETILLA	X				
CEPILLO TIPO EDIS	X				
ESCOBA				X	
PULIDORA PEQUEÑA (A)				X	
PULIDORA GRANDE (B)				X	
EXTENSIONES ELÉCTRICAS				X	

SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ

ESTADO	ESTADO			RECOMENDACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	

REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA	DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA	OBSERVACIONES

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA SARAIMA SIERRA
NOMBRE SARAIMA SIERRA.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-015 Versión: 01 Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: CIV 6000372

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-06-2026 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: JUNIO - 2026

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
				MANOM.	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	CONJ. VALV.	ACCESO	SEÑALIZAC.	
1	ABC	10Lbs	02-2027	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	Ninguna.
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	

Realizó la inspección

SARAIMA SIERRA
Nombre

SARAIMA SIERRA.
Firma

Acciones a realizar:			
Autorizadas por:			
	Nombre	Firma	Fecha

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-014
		versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000372
NOMBRE PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA
CARGO: Residente SST
FECHA: 10-06-2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	X	R	M	BOLSA	2027		
APLICADORES	6	X	R	M	BOLSA	2027		
CURAS	6	X	R	M	BOLSA	2027		
ESPARADRAPO	2	X	R	M	ROLLO	2027		
GASA	3	X	R	M	ROLLO	2027		
MICROPORE	2	X	R	M	ROLLO	2027		
VENDA ELASTICA	2	X	R	M	ROLLO	2027		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	X	R	M	BOLSA	2027		
GUANTES DE LATEX	4	X	R	M	BOLSA	2027		
TAPABOCAS	5	X	R	M	BOLSA	2027		
ALCOHOL	1	X	R	M	TARRO	2027		
SUERO ORAL	3	X	R	M	BOLSA	2027		
BAJALENGUAS	5	X	R	M	BOLSA	N/A		
CUELLO ORTOPEDICO	1	X	R	M	BOLSA	N/A		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	X	R	M	MALETIN	N/A		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CV: 6000389

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	x			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	x			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			x	Se maneja carpa
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	x			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	x			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	x			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado			x	Se maneja carpa
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas			x	Se maneja carpa
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)			x	Se maneja carpa
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados			x	Se maneja Carpa
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	x			
El agua que se utiliza es potable	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000389	
REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA	FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	x			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	x			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	x			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	x			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.			x	
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	x			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			x	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	x			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	x			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	x			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA .

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CIV 6000389

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	X		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas	X		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			X
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados			X
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			X

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	CONSORCIO COCO
		COP-613-2026

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACION Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-06-2026 LUGAR DE INSPECCIÓN CIV 6000389
DILIGENCIADO POR SARAIMA SIERRA CARGO Residente SST

INSPECCION DE HERRAMIENTAS

TIPO DE HERRAMIENTA	ESTADO				OBSERVACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	NO SE TIENE	
HERRAMIENTAS MANUALES PEQUENAS					
ALICATES	X				
MARTILLO	X				
SEGUETA				X	
SERRUCHO	X				
BISTURI	X				
HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES					
PALA CUADRADA	X				
PALA REDONDA				X	
PICA				X	
BARRA	X				
HOYADORA				X	
PORRO O MAZO O ACERO				X	
CARRETILLA	X				
CEPILLO TIPO EDIS	X				
ESCOBA				X	
PULIDORA PEQUEÑA (A)				X	
PULIDORA GRANDE (B)				X	
EXTENSIONES ELÉCTRICAS				X	

SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ

ESTADO	ESTADO			RECOMENDACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	

REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA	DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA	OBSERVACIONES

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA SARAIMA SIERRA
NOMBRE SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-015 Versión: 01 Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: CIV 6000389

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-06-2026 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: JUNIO - 2026

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
				MANOM.	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	CONJ. VALV.	ACCESO	SEÑALIZAC.	
1	ABC	10Lbs	02-2027	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	Ninguna.
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	

Realizó la inspección SARAIMA SIERRA (Nombre) SARAIMA SIERRA (Firma)

Acciones a realizar:			
Autorizadas por:	Nombre	Firma	Fecha

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-014
		versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000389
NOMBRE PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA
CARGO: Residente SST
FECHA: 10-06-2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	X	R	M	BOLSA	2027		
APLICADORES	6	X	R	M	BOLSA	2027		
CURAS	6	X	R	M	BOLSA	2027		
ESPARADRAPO	2	X	R	M	ROLLO	2027		
GASA	3	X	R	M	ROLLO	2027		
MICROPORE	2	X	R	M	ROLLO	2027		
VENDA ELASTICA	2	X	R	M	ROLLO	2027		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	X	R	M	BOLSA	2027		
GUANTES DE LATEX	4	X	R	M	BOLSA	2027		
TAPABOCAS	5	X	R	M	BOLSA	2027		
ALCOHOL	1	X	R	M	TARRO	2027		
SUERO ORAL	3	X	R	M	BOLSA	2027		
BAJALENGUAS	5	X	R	M	BOLSA	N/A		
CUELLO ORTOPEDICO	1	X	R	M	BOLSA	N/A		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	X	R	M	MALETIN	N/A		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

SARAIMA SIERRA.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CU: 6000557

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	x			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	x			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			x	Se maneja carpa
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	x			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	x			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	x			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado			x	Se maneja carpa
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas			x	Se maneja carpa
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)			x	Se maneja carpa
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados			x	Se maneja Carpa
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	x			
El agua que se utiliza es potable	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000557	
REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA	FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	x			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	x			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	x			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	x			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.			x	
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	x			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			x	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	x			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	x			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	x			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CIV 6000557

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	X		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas	X		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			X
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados			X
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			X

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	INSPECCIÓN HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	CONSORCIO COCO COP-613-2026

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACION Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 10-06-2026 LUGAR DE INSPECCIÓN CIV 6000557
DILIGENCIADO POR SARAIMA SIERRA CARGO Residente SST

INSPECCION DE HERRAMIENTAS

TIPO DE HERRAMIENTA	ESTADO				OBSERVACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	NO SE TIENE	
HERRAMIENTAS MANUALES PEQUEÑAS					
ALICATES	X				
MARTILLO	X				
SEGUETA				X	
SERRUCHO	X				
BISTURI	X				
HERRAMIENTAS MANUALES GRANDES					
PALA CUADRADA	X				
PALA REDONDA				X	
PICA				X	
BARRA	X				
HOYADORA				X	
PORRO O MAZO O ACERO				X	
CARRETILLA	X				
CEPILLO TIPO EDIS	X				
ESCOBA				X	
PULIDORA PEQUEÑA (A)				X	
PULIDORA GRANDE (B)				X	
EXTENSIONES ELÉCTRICAS				X	

SI EXISTE OTRO TIPO DE HERRAMIENTA NO MENSIONADA ANTES RELACIONELA AQUÍ

ESTADO	ESTADO			RECOMENDACIONES
	OPTIMO	REGULAR	DEFICIENTE	

REPORTE DE HERRAMIENTAS EN MAL ESTADO QUE SE DEBEN DAR DE BAJA

DESCRIPCION DE LA HERRAMIENTA	DESCRIPCION DE LA FALA PRESENTADA	OBSERVACIONES

FIRMA QUIEN REALIZO

FIRMA SARAIMA SIERRA
NOMBRE SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-015 Versión: 01 Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: CIV 6000157

FECHA DE INSPECCIÓN: 10-06-2026 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Junio - 2026

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
				MANOM.	MANGUERA	BOQUILLA	CILINDRO	CONJ. VALV.	ACCESO	SEÑALIZAC.	
1	ABC	10Lbs	02-2027	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	Ninguna.
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	
				B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	B R M	

Realizó la inspección

SARAIMA SIERRA
Nombre

SARAIMA SIERRA.
Firma

Acciones a realizar:			
Autorizadas por:			
	Nombre	Firma	Fecha

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-014
		versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000557
NOMBRE PROFESIONAL: SARAIMA SIERRA
CARGO: Residente SST
FECHA: 10-06-2026

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	INDICACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	X	R	M	BOLSA	2027		
APLICADORES	6	X	R	M	BOLSA	2027		
CURAS	6	X	R	M	BOLSA	2027		
ESPARADRAPO	2	X	R	M	ROLLO	2027		
GASA	3	X	R	M	ROLLO	2027		
MICROPORE	2	X	R	M	ROLLO	2027		
VENDA ELASTICA	2	X	R	M	ROLLO	2027		
TOALLA HIGIÉNICA (APÓSITOS)	3	X	R	M	BOLSA	2027		
GUANTES DE LATEX	4	X	R	M	BOLSA	2027		
TAPABOCAS	5	X	R	M	BOLSA	2027		
ALCOHOL	1	X	R	M	TARRO	2027		
SUERO ORAL	3	X	R	M	BOLSA	2027		
BAJALENGUAS	5	X	R	M	BOLSA	N/A		
CUELLO ORTOPEDICO	1	X	R	M	BOLSA	N/A		
MALETIN O CAJA DEL BOTIQUIN	1	X	R	M	MALETIN	N/A		
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				
OTRO		B	R	M				

OBSERVACIONES: Ninguna.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION

SARAIMA SIERRA.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-035
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CU: 6000786

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	x			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	x			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales			x	Se maneja carpa
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	x			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	x			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	x			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado			x	Se maneja carpa
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas			x	Se maneja carpa
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)			x	Se maneja carpa
Las oficinas cuentan con servicios a sanitarios y estos se encuentran bien ubicados			x	Se maneja Carpa
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	x			
El agua que se utiliza es potable	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-037
		Versión: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: CIV 6000786	
REALIZAR POR: SARAIMA SIERRA	FECHA: 10-06-2026

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	x			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	x			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	x			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	x			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.			x	
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	x			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.			x	
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	x			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	x			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	x			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	x			

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-016
		Version: 01
		Diciembre 2025

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 10-06-2026

Centro de Trabajo: CIV 6000786

Participantes en la Inspección: SARAIMA SIERRA

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	X		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	X		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	X		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	X		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	X		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	X		
7	Los baños están debidamente dotados	X		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	X		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			X
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	X		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	X		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	X		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	X		
14	Existen vías de circulación demarcadas	X		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	X		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	X		
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente	X		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			X
19	Todos los elementos tienen kuna ubicación en un lugar adecuado	X		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	X		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	X		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	X		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		X	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados			X
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			X

FIRMA QUIEN REALIZÓ

SARAIMA SIERRA

NOMBRE: SARAIMA SIERRA

CARGO: Residente SST