FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

INFORME MENSUAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

CONTRATO: N° 847 DE 2024

PERÍODO:

INFORME FINAL

OBJETO: REALIZAR LA CONSTRUCCION DEL SALON COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTA D.C.

FECHA: JULIO DE 2026

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Consuelo Riaño Hernández Profesional SST Contratista Consorcio Salón Comunal 013	Ing. Ricardo Becerra Director de Obra Contratista Consorcio Salón Comunal 013	Fabian Rada Segura JYM Ingeniería SAS BIC Director de Interventoría

TABLA DE CONTENIDO

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA 1

1. COMPONENTE SST 4

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST 4

1.2. OBJETIVO 4

1.4. ALCANCE 5

1.5. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST 5

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO 5

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO 5

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO 5

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA 5

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES 6

1.5.4. CONFORMACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE VIGÍA SST, COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL Y DE LAS BRIGADAS INTEGRALES DE EMERGENCIAS 6

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO 7

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES 7

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 8

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 8

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 8

1.5.10. CONTROL VEHICULAR 8

1.5.11. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 9

1.5.12. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL 9

ANEXOS

ANEXO SST 1. INDUCCIONES

ANEXO SST 2. ACTAS COCOLA

ANEXO SST 3. ACTAS COPASST

ANEXO SST 4. CAPACITACIONES

ANEXO SST 5. EXAMENES MEDICOS

ANEXO SST 6. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

ANEXO SST 7. RETIROS DE PERSONAL

ANEXO SST 8. SIMULACRO

ANEXO SST 9. INSPECCIONES

ANEXO SST 10. ENTREGA EPP

ANEXO SST 11. DOCUMENTOS VEHICULOS

ANEXO SST 12. PERMISOS DE TRABAJO

ANEXO SST 13. BRIGADA DE EMERGENCIA

ANEXO SST 14. TSA

ANEXO SST 15. PLAN DE TRABAJO

ANEXO SST 16. PAZ Y SALVO

ANEXO SST 17. INDICADORES

1. COMPONENTE SST

1.1. INTRODUCCIÓN AL COMPONENTE SST

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) constituye un pilar fundamental para todo el desarrollo de las organizaciones al garantizar condiciones laborales seguras, saludables y dignas para cada uno de los trabajadores.

Este informe tiene como propósito presentar un análisis detallado de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos laborales, el cumplimiento de la normativa vigente y las acciones implementadas para prevenir accidentes y enfermedades profesionales dentro de la organización.

En el presente documento se abordan los principales hallazgos derivados de las inspecciones, evaluaciones y actividades de monitoreo realizadas durante el período evaluado, así como las oportunidades de mejora identificadas. Asimismo, se incluyen recomendaciones orientadas a fortalecer la cultura de prevención y a consolidar un ambiente de trabajo más seguro y saludable para todos los colaboradores.

Este informe responde al compromiso institucional con la mejora continua en materia de SST y busca contribuir al bienestar integral del personal, al tiempo que promueve el cumplimiento de los requisitos legales y normativos aplicables.

1.2. OBJETIVO

- Implementar y mantener un sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo que garantice la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales, promoviendo un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los colaboradores, en cumplimiento con la normativa legal vigente y los estándares establecidos, con el fin de prevenir accidentes, enfermedades profesionales y mejorar continuamente las condiciones laborales.

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar y evaluar los riesgos laborales presentes en los diferentes procesos y áreas de trabajo, mediante inspecciones, análisis y herramientas técnicas adecuadas.
- Diseñar e implementar medidas preventivas y correctivas orientadas a eliminar o minimizar los riesgos detectados, garantizando la protección de la salud y la

integridad física de los trabajadores.

- Capacitar y sensibilizar al personal en temas de seguridad, salud ocupacional y cultura preventiva, fomentando la participación activa de todos los colaboradores.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa legal vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como de las políticas internas de la organización.
- Establecer y mantener programas de vigilancia de la salud que permitan el seguimiento de las condiciones físicas y mentales de los trabajadores, y detectar oportunamente posibles enfermedades profesionales.

1.4. ALCANCE

Aplicación en todas las áreas del proyecto de construcción del salón comunal de acuerdo a la ejecución por parte del CONSORCIO SALON COMUNAL 013

1.5. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Durante el periodo del presente informe, se realiza la entrega de los documentos correspondientes al Sistema de Gestión para verificación y probación.
Con participación activa de todos los niveles de la organización es fundamental para garantizar el éxito del SG-SST. La alta dirección asume el liderazgo y provee los recursos necesarios, mientras que los trabajadores contribuyen mediante su compromiso, cumplimiento de las normas y reporte oportuno de condiciones inseguras.

En conjunto, el SG-SST busca fortalecer una cultura de prevención, proteger la integridad física y mental de los trabajadores y mejorar la productividad y competitividad de la organización mediante ambientes laborales seguros y saludables.

1.5.1. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

1.5.1.1. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

Durante la ejecución del proyecto de construcción del salón comunal, se dio cumplimiento a la totalidad de las actividades programadas en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), de acuerdo con la planificación establecida para la obra. Las acciones implementadas incluyeron el desarrollo de actividades de prevención, promoción, capacitación, inspecciones, seguimiento y control de riesgos, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y contribuyendo a la protección de la seguridad y la salud de todos los trabajadores vinculados al proyecto.

En consecuencia, se evidencia que el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo fue ejecutado de manera satisfactoria durante todas las etapas de la obra, alcanzando los objetivos propuestos y asegurando el desarrollo de las actividades constructivas bajo condiciones seguras.

1.5.2. PERSONAL INVOLUCRADO DEL PROYECTO

1.5.2.1. PERSONAL DEL CONTRATISTA

Durante la ejecución del contrato, el ingreso del personal se efectuó de manera gradual, en función del avance de la obra y de las actividades programadas para cada etapa constructiva. En consecuencia, cada nuevo trabajador fue vinculado conforme a los requerimientos del proyecto, cumpliendo previamente con los procesos establecidos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), tales como inducción, afiliaciones y demás requisitos aplicables.

A continuación, se presenta la relación del personal que ingresó durante la ejecución del contrato, de acuerdo con las diferentes fases y actividades desarrolladas.

CARGO	NOMBRE	Cedula	Fecha de inicio	Fecha de fin	TIPO DE VINCULACIÓN	FECHAS DE ENTREGA EPP	N° DE ENTREGAS EPP	FECHA DE INDUCCIÓN
DIRECTOR DE OBRA	RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ	80850300	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
RESIDENTE DE OBRA	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	80217108	05/05/2025	23/06/2026	DIRECTA POR EL CONSORCIO	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS	79957717	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
ESPECIALISTA HIDRÁULICO	JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ	1020718924	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
ESPECIALISTA ELÉCTRICO	RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ	79155799	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025

PROFESIONAL SOCIAL	ADRIANA PICO CASTAÑEDA	39655442	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
PROFESIONAL SST	CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ	1073160795	05/05/2025	23/06/2026	INDEPENDIENTE	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
PROFESIONAL DE APOYO	ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA	1006796608	05/05/2025	23/06/2026	CONVENICO CON MAGNUS INGENIERIA SAS	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
PROFESIONAL DE APOYO	YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ	1096198523	05/05/2025	23/06/2026	CONVENICO CON MAGNUS INGENIERIA SAS	05/05/2025; 05/11/2025; 05/05/2026	3	05/05/2025
OFICIAL	EVELIO GARCIA CACERES	79376875	29/11/2025	23/06/2026	DIRECTA POR EL CONSORCIO	29/11/2025; 28/02/2026	2	29/11/2025
AYUDANTE	ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA	1003005907	01/10/2025	21/04/2026	DIRECTA POR EL CONSORCIO	01/10/2025; 01/01/2026	2	01/10/2025
OFICIAL	CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ	1062354054	01/07/2025	29/11/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	01/07/2025; 01/10/2025	2	01/07/2025
AYUDANTE	AMADO MIRANDA DIAZ	15619467	10/09/2025	04/07/2026	DIRECTA POR EL CONSORCIO	10/09/2025; 10/12/2025; 10/03/2026	3	10/09/2025
OFICIAL	CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ	78759813	02/09/2025	29/11/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	02/09/2025	1	02/09/2025
OFICIAL	JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA	1121326316	14/10/2025	04/11/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	14/10/2025	1	14/10/2025
OFICIAL	DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA	1094246397	03/07/2025	30/08/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	03/07/2025	1	03/07/2025
AYUDANTE	JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT	1119391648	20/08/2025	04/10/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	20/08/2025	1	20/08/2025
OFICIAL	William Fernando Hurtado Campos	1.000.993.111	16/06/2025	30/07/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	16/06/2025	1	16/06/2025
AYUDANTE	German Alonso Ortiz Narvaez	1.047.477.076	20/06/2025	22/08/2025	DIRECTA POR EL CONSORCIO	20/06/2025	1	20/06/2025
OFICIAL	ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO	1.024.491.542	11/06/2025	11/10/2025	CONVENICO CON ECAP INGENIERIA SAS	11/06/2025; 11/09/2025	2	11/06/2025
OFICIAL	PERALES ARIAS ALEX	1.073.670.370	11/06/2025	11/10/2025	CONVENICO CON ECAP INGENIERIA SAS	11/06/2025; 11/09/2025	2	11/06/2025

OFICIAL	LEAL ELIECER	11.304.172	01/07/2025	31/07/2025	CONVENICO CON PARDO GONZALEZ INGENIERIAS Y CONTRUCCIONES SAS	01/07/2025	1	01/07/2025

1.5.3. REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Durante el periodo de ejecución del contrato, comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, se realizó un seguimiento permanente a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, implementando las medidas preventivas, los controles operacionales y las actividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el propósito de proteger la integridad física y el bienestar de todo el personal vinculado al proyecto.

Como resultado de la aplicación de las medidas de prevención, la ejecución de inspecciones periódicas, las jornadas de capacitación e inducción, el uso adecuado de los elementos de protección personal, la identificación y control de peligros, así como el compromiso de los trabajadores y la dirección del proyecto con el cumplimiento de los procedimientos de trabajo seguro, durante todo el periodo de ejecución del contrato no se registraron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales asociadas a las actividades desarrolladas en la construcción del salón comunal.

Este resultado refleja la eficacia de las acciones implementadas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y evidencia el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, así como el fortalecimiento de la cultura de prevención y autocuidado entre el personal. De igual manera, demuestra que las actividades constructivas fueron ejecutadas bajo condiciones de trabajo seguras, minimizando la exposición a los riesgos identificados y garantizando un ambiente laboral adecuado durante todas las etapas del proyecto.

En conclusión, el proyecto finalizó con un indicador de **cero (0) accidentes de trabajo y cero (0) enfermedades laborales**, constituyendo un resultado positivo en la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y evidenciando el cumplimiento de los objetivos preventivos planteados para la ejecución del contrato.

MES	EMPLEADOS	IL/AT/EL	TIPO DE AT/EL	DÍAS INCAPACIDAD
MAY 25 – JUN 26	20	N/A	N/A	0

1.5.4. CONFORMACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE COMITÉ PARITARI DE SST, COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL Y DE LAS BRIGADAS INTEGRALES DE EMERGENCIAS

En el periodo de mayo 2025 y junio 2026 se llevaron a cabo las respectivas reuniones de cada uno de los comités (Comité de Convivencia Laboral y Comité

paritario de seguridad y salud en el trabajo) los cuales fueron realizados en las siguientes fechas y tratando los siguientes temas:

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Conformación de Comité: 05 de junio de 2025
- Recorrido de verificación de señalización existente en Obra: 05 de agosto de 2025
- Inspección de Botiquín de primeros Auxilios: 08 de septiembre de 2025
- Funciones de cada uno de los Brigadistas: 08 de octubre de 2025
- Higiene y seguridad Industrial: 10 de noviembre de 2025
- Inspección Locativa: 10 de abril de 2026
- Actos y Condiciones Inseguras: 08 de mayo de 2026.
- Emergencia y Tipos de Emergencia: 10 de junio de 2026.

Comité de Convivencia Laboral:

- Socialización normas de convivencia laboral: 11 de agosto de 2025.
- Funciones de comité de convivencia laboral: 19 de septiembre de 2025.
- Acoso laboral y sus características: 20 de octubre de 2025.
- Paso a paso de un análisis de quejas del consorcio: 21 de noviembre de 2025.
- Mejorar la comunicación: 14 de abril de 2026.
- Clima laboral adecuado: 15 de mayo de 2026.
- Manejo de quejas en una empresa: 12 de junio de 2026.

1.5.5. PERMISOS DE TRABAJO

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, y en concordancia con el avance de las actividades ejecutadas en el proyecto de construcción del salón comunal, se realizó de manera permanente el diligenciamiento, revisión y firma de los respectivos permisos de trabajo y documentos de control establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), garantizando que cada actividad fuera ejecutada bajo condiciones seguras y conforme a los procedimientos definidos.
Como parte de este proceso, para cada labor desarrollada se elaboró el **Análisis de Trabajo Seguro (ATS)**, documento mediante el cual se describió el paso a paso de las actividades a ejecutar, identificando los peligros y valorando los riesgos presentes en cada tarea. A partir de este análisis se establecieron las medidas de prevención y control necesarias para minimizar la probabilidad de incidentes o accidentes, definiendo los elementos de protección personal requeridos, las condiciones de seguridad del área de trabajo y las recomendaciones específicas para la ejecución segura de cada actividad.
Adicionalmente, cuando la naturaleza de las labores lo requirió, se diligenció y

autorizó el **Permiso de Trabajo en Alturas** para el personal que contaba con la capacitación y competencia correspondiente para desarrollar este tipo de actividades. Dichos permisos fueron expedidos únicamente para los trabajadores autorizados y durante los periodos en que se ejecutaron labores con riesgo de caída, verificando previamente el cumplimiento de los requisitos establecidos, tales como la inspección de los equipos de protección contra caídas, las condiciones del sitio de trabajo y la aptitud del personal para la ejecución de estas tareas.

El diligenciamiento oportuno de los ATS y de los permisos de trabajo constituyó una herramienta fundamental para la planificación segura de las actividades, permitiendo identificar oportunamente los riesgos, implementar controles preventivos y fortalecer la cultura de autocuidado entre los trabajadores. Asimismo, estos registros sirvieron como evidencia del seguimiento realizado por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo durante todas las etapas de ejecución del contrato, contribuyendo al cumplimiento de la normatividad vigente y al desarrollo de la obra bajo condiciones seguras.

1.5.6. INSPECCIONES Y/O PRE OPERACIONALES

Se realizaron de manera periódica el diligenciamiento, revisión y firma de los formatos de inspección establecidos dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el propósito de verificar las condiciones de seguridad de las herramientas, equipos, maquinaria, elementos de emergencia y áreas de trabajo utilizados durante la ejecución del contrato.

En cumplimiento de este proceso, se efectuaron inspecciones a las herramientas manuales empleadas en las diferentes actividades constructivas, verificando su estado físico, funcionamiento y condiciones de uso seguro. Asimismo, se realizaron inspecciones a la maquinaria utilizada en la obra, específicamente a la retroexcavadora, con el fin de comprobar su adecuado funcionamiento, el estado de sus sistemas de seguridad y el cumplimiento de las condiciones requeridas para una operación segura.

De igual manera, se llevaron a cabo inspecciones periódicas a los extintores, verificando aspectos como su ubicación, señalización, accesibilidad, presión, estado físico y vigencia, garantizando su disponibilidad para atender cualquier eventualidad. También se inspeccionaron los elementos de protección personal (EPP), evaluando su estado de conservación, funcionamiento y condiciones de uso, con el fin de asegurar que los trabajadores contaran con la protección adecuada para el desarrollo de sus labores.

Como parte de la preparación para la atención de emergencias, se realizaron inspecciones al botiquín de primeros auxilios y a la camilla, verificando que estos permanecieran en óptimas condiciones, con los elementos requeridos, debidamente organizados y disponibles para su utilización en caso de ser

necesario.

Igualmente, se efectuaron inspecciones a los equipos de trabajo, entre ellos la pulidora, el rotomartillo y el taladro, revisando su estado general, conexiones eléctricas, dispositivos de seguridad y condiciones de funcionamiento antes de su utilización. Estas inspecciones permitieron identificar oportunamente cualquier condición que pudiera representar un riesgo para los trabajadores y tomar las medidas correctivas correspondientes.

Adicionalmente, se desarrollaron inspecciones locativas con el propósito de verificar el orden y aseo de las áreas de trabajo, el estado de las vías de circulación, la señalización, el almacenamiento de materiales y las condiciones generales del sitio de la obra. Estas inspecciones facilitaron la identificación de condiciones inseguras y la implementación de acciones preventivas y correctivas para minimizar los riesgos presentes durante la ejecución del proyecto.

El diligenciamiento y la firma de todas estas inspecciones permitieron mantener un seguimiento permanente a las condiciones de seguridad de la obra, evidenciando el cumplimiento de las actividades de control establecidas en el SG-SST y contribuyendo a la prevención de incidentes, accidentes de trabajo y daños a los equipos e instalaciones durante toda la ejecución del contrato.

1.5.7. CAPACITACIONES

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, y de conformidad con el cronograma de actividades establecido para el proyecto, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) desarrolló de manera continua el programa de capacitaciones dirigido al personal de obra, con el propósito de fortalecer sus conocimientos, promover la cultura de prevención y garantizar la ejecución segura de las actividades propias de la construcción del salón comunal.
Las jornadas de capacitación fueron programadas y ejecutadas de acuerdo con las necesidades identificadas durante el desarrollo del contrato y los riesgos asociados a cada etapa de la obra, abordando temas relacionados con la identificación de peligros y control de riesgos, uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP), prevención de accidentes de trabajo, trabajo seguro en alturas, orden y aseo, manipulación segura de herramientas y equipos, prevención de actos y condiciones inseguras, atención de emergencias, reporte de incidentes y accidentes, entre otros aspectos relevantes para el desempeño seguro de las labores.
Cada capacitación contó con el respectivo registro de asistencia y evidencia documental, permitiendo verificar la participación del personal y el cumplimiento del plan de formación establecido por el área de SST. Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de las competencias de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo, fomentando el autocuidado, la responsabilidad individual y colectiva frente a los riesgos laborales y el

cumplimiento de los procedimientos de trabajo seguro.

La ejecución permanente de las capacitaciones durante toda la vigencia del contrato permitió mantener al personal informado sobre las medidas preventivas aplicables a las diferentes actividades constructivas, promoviendo ambientes de trabajo más seguros y apoyando el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). En consecuencia, se dio cumplimiento a las actividades de capacitación programadas en el cronograma, dejando como evidencia los registros, listas de asistencia y demás soportes documentales correspondientes.

Capacitaciones realizadas:

FECHA	TEMA	LUGAR	CANTIDAD DE PERSONAS
20/06/2025	Notificación de Riesgo	Obra	2
07/07/2025	Importancia de Pausas Activas	Obra	7
15/07/2025	Seguridad Laboral	Obra	7
23/07/2025	Uso de EPP	Obra	7
05/08/2025	Señalización de rutas de evacuación	Obra	4
13/08/2025	Que hacer en caso de AT	Obra	4
21/08/2025	Protocolo de Autocuidado	Obra	4
05/09/2025	Riesgo Mecánico	Obra	3
09/09/2025	Pausas Activas	Obra	4
13/09/2025	Riesgo Biológico	Obra	4
27/09/2025	Socialización de Políticas	Obra	3
29/09/2025	Importancia de Firma de permisos	Obra	3
06/10/2025	Peligro Químico	Obra	6
14/10/2025	Fenómenos Naturales	Obra	6
20/10/2025	Socialización de punto de encuentro	Obra	6
22/10/2025	Simulacro	Obra	11
29/10/2025	Pausas Activas	Obra	6

06/11/2025	Manipulación de Herramienta Manual (Pulidora)	Obra	4
13/11/2025	Importancia de uso de Tapabocas	Obra	4
20/11/2025	Orden y aseo	Obra	7
26/11/2025	Riesgo Biomecánico	Obra	6
02/04/2026	Campaña orden y aseo	Obra	2
15/05/2026	Autocuidado	Obra	1
12/06/2026	Socialización de procedimiento de manejo de quejas	Obra	1
16/06/2026	Riesgo Biomecánico (Posturas Prolongadas)	Obra	2

1.5.8. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

1.5.8.1. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) gestionó y verificó la realización de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso y egreso del personal vinculado al proyecto, dando cumplimiento a los procedimientos establecidos y a la normatividad vigente en materia de vigilancia de la salud de los trabajadores.

Los exámenes médicos de ingreso fueron practicados a cada trabajador antes del inicio de sus actividades laborales, con el fin de determinar su aptitud para el cargo, identificar posibles restricciones o condiciones de salud preexistentes y garantizar que las funciones asignadas fueran compatibles con su estado físico y ocupacional. Este proceso permitió minimizar los riesgos para la salud del personal y asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos para su vinculación al proyecto.

De igual manera, al finalizar la relación laboral de los trabajadores, se realizaron los respectivos exámenes médicos de egreso, con el propósito de evaluar su estado de salud al término de la ejecución de sus actividades, identificar posibles alteraciones relacionadas con la exposición a los factores de riesgo presentes durante la obra y dejar constancia de su condición de salud al momento de su retiro.

La realización oportuna de estos exámenes médicos ocupacionales permitió mantener un adecuado seguimiento al estado de salud del personal durante la ejecución del contrato, fortaleciendo las acciones de prevención y vigilancia

epidemiológica contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Asimismo, los registros y certificados correspondientes fueron incorporados al archivo documental del proyecto como evidencia del cumplimiento de las obligaciones legales y de los procedimientos internos establecidos por el área de SST.

1.5.9. DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, se realizó la entrega oportuna de la dotación y de los elementos de protección personal (EPP) al personal vinculado al proyecto, de conformidad con las funciones desempeñadas, los riesgos identificados y las actividades ejecutadas durante las diferentes etapas de la obra.

La dotación y los elementos de protección personal fueron suministrados de acuerdo con las necesidades de cada trabajador y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), garantizando que el personal contara con los implementos necesarios para desarrollar sus labores en condiciones seguras. Entre los elementos entregados se incluyeron, según el cargo y la actividad, casco de seguridad, botas de seguridad, guantes, gafas de protección, chaleco reflectivo, protección auditiva, protección respiratoria, arnés y demás equipos requeridos para el control de los riesgos presentes en la obra.

Asimismo, durante la ejecución del contrato se efectuó la reposición de la dotación y de los elementos de protección personal cuando fue necesario, teniendo en cuenta el desgaste propio ocasionado por el uso continuo durante el desarrollo de las actividades constructivas. Estas reposiciones permitieron asegurar que los trabajadores mantuvieran en todo momento equipos en buenas condiciones de funcionamiento y protección, reduciendo la exposición a los riesgos laborales y garantizando el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas.

Cada entrega y reposición fue debidamente registrada mediante los formatos correspondientes y respaldada con la firma de recibido por parte de los trabajadores, constituyendo la evidencia documental del suministro oportuno de la dotación y de los elementos de protección personal durante toda la ejecución del contrato. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la cultura de prevención, al cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y al desarrollo de las actividades bajo condiciones adecuadas de seguridad.

1.5.10. PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, se elaboró e implementó el Plan de Emergencias para el proyecto de construcción del salón

comunal, con el propósito de establecer los lineamientos y procedimientos necesarios para la prevención, preparación y respuesta ante situaciones que pudieran afectar la integridad de los trabajadores, las instalaciones, los equipos y el desarrollo normal de las actividades de la obra.

Para la elaboración del plan se realizó la identificación y evaluación de los peligros y riesgos asociados a las diferentes etapas de ejecución del proyecto, considerando las características propias de las actividades constructivas, el uso de herramientas y maquinaria, los trabajos en alturas, el manejo de materiales, los riesgos eléctricos, las condiciones locativas y los demás factores que podían generar una situación de emergencia.

Con base en esta evaluación, se definieron los procedimientos de actuación frente a posibles eventos como accidentes de trabajo, incendios, caídas de altura, emergencias médicas, fenómenos naturales y otras situaciones que pudieran presentarse durante la ejecución del contrato. Asimismo, se establecieron los responsables de la atención de emergencias, las rutas de evacuación, los puntos de encuentro, los recursos disponibles para la atención inicial de eventos y los mecanismos de comunicación y reporte, con el fin de garantizar una respuesta organizada, oportuna y eficaz.

De igual manera, el Plan de Emergencias fue socializado con el personal de obra, promoviendo el conocimiento de los procedimientos de actuación, las medidas preventivas y las responsabilidades de cada trabajador frente a una eventual emergencia. Esta actividad permitió fortalecer la preparación del personal y fomentar una cultura de prevención orientada a minimizar las consecuencias derivadas de cualquier situación de riesgo.

La implementación del Plan de Emergencias durante toda la ejecución del contrato contribuyó al fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), permitiendo contar con herramientas de planificación y respuesta acordes con los riesgos presentes en la construcción del salón comunal. Como resultado, se garantizó una adecuada preparación para la atención de posibles emergencias y el desarrollo de las actividades bajo condiciones de mayor seguridad para todos los trabajadores.

1.5.11. RELACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

En el marco de la ejecución del proyecto de construcción del salón comunal, se garantizó que la totalidad del personal vinculado a la obra contara con la respectiva afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral, en cumplimiento de la normatividad laboral y de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente.

Antes del inicio de las actividades de cada trabajador, se verificó que las afiliaciones a salud, pensión, Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y demás prestaciones

legales aplicables se encontraran activas y al día, asegurando el cumplimiento de las obligaciones legales por parte del contratista y brindando la protección necesaria frente a los riesgos derivados de la actividad laboral.

Asimismo, durante toda la ejecución del contrato se realizó un seguimiento permanente a la vigencia de dichas afiliaciones, verificando que el personal permaneciera debidamente cubierto por el Sistema de Seguridad Social Integral durante el tiempo de permanencia en la obra. Este control permitió garantizar el acceso a los servicios de salud, la cobertura frente a accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como el cumplimiento de los derechos y beneficios establecidos por la legislación colombiana.

Como soporte de este proceso, se conservaron los registros y certificados de afiliación correspondientes, así como las evidencias de los aportes efectuados, constituyendo el respaldo documental del cumplimiento de las obligaciones legales en materia de seguridad social y prestaciones sociales durante toda la ejecución del proyecto.

En consecuencia, durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, todo el personal involucrado en la construcción del salón comunal desarrolló sus actividades bajo la cobertura del Sistema de Seguridad Social Integral y con el cumplimiento de las prestaciones legales establecidas por la legislación vigente, contribuyendo a la protección de sus derechos laborales y al adecuado desarrollo del proyecto.

1.5.12. CONCLUSIÓN

Como resultado de la gestión desarrollada durante la ejecución del contrato para la construcción del salón comunal del barrio Corkidi, se concluye que el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) dio cumplimiento integral a los programas, actividades y procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y en el cronograma de trabajo definido para el proyecto.

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y junio de 2026, se ejecutaron de manera oportuna las actividades de identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, inducciones y capacitaciones, inspecciones de seguridad, análisis de trabajo seguro (ATS), permisos de trabajo, entrega y reposición de elementos de protección personal, exámenes médicos ocupacionales, implementación del Plan de Emergencias, seguimiento a las condiciones de seguridad en la obra y verificación permanente de las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral, entre otras acciones orientadas a la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

La implementación de estas medidas permitió garantizar el control de los riesgos presentes durante las diferentes etapas constructivas, promoviendo condiciones de trabajo seguras y fortaleciendo la cultura de prevención y autocuidado entre los trabajadores. Gracias al compromiso de la empresa, del área de SST y del personal vinculado al proyecto, fue posible desarrollar las actividades bajo adecuados estándares de seguridad, minimizando la exposición a los peligros identificados y asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente.

Como evidencia de la efectividad de la gestión realizada, durante toda la ejecución del contrato no se presentaron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales asociadas a las actividades desarrolladas, reflejando el adecuado funcionamiento de las estrategias de prevención implementadas y el cumplimiento de los objetivos establecidos por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En conclusión, la ejecución del contrato para la construcción del salón comunal del barrio Corkidi finalizó con el cumplimiento satisfactorio de todos los programas y actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando la protección de la integridad física, la salud y el bienestar de los trabajadores, así como el desarrollo de la obra bajo condiciones seguras, organizadas y acordes con la legislación colombiana vigente.

ANEXO SST 1. INDUCCIONES

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. 80.850.300
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.850.300, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Director de obra**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. 80.850.300
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. 80.217.108
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.217.108, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Residente de obra**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

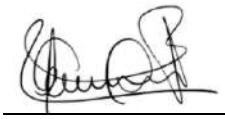
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. 80.217.108
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. 79.957.717
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.957.717, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Especialista estructural**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. 79.957.717
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. 1.020.718.924
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.718.924, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Especialista hidráulico**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. 1.020.718.924
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. 79.155.799
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.155.799, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Especialista eléctrico**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. 79.155.799
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señora:
ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. 39.655.442
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que la señora **ADRIANA PICO CASTAÑEDA** identificada con cédula de ciudadanía No. 39.655.442, vinculada al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Profesional social**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. 39.655.442
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señora:
CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. 1.073.160.795
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que la señora **CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.073.160.795, vinculada al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Profesional SST**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. 1.073.160.795
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. 1.006.796.608
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.006.796.608, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Profesional de apoyo**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

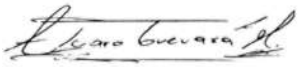
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. 1.006.796.608
Trabajador

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2025

Señor:
YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. 1.096.198.523
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.096.198.523, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Profesional de apoyo**, recibió el día 05 de mayo de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

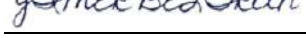
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. 1.096.198.523
Trabajador

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

Señor:
EVELIO GARCIA CACERES
C.C. 79.376.875
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **EVELIO GARCIA CACERES** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.376.875, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 29 de noviembre de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



EVELIO GARCIA CACERES
C.C. 79.376.875
Trabajador

Bogotá D.C., 01 de octubre de 2025

Señor:
ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. 1.003.005.907
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.003.005.907, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Ayudante**, recibió el día 01 de octubre de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,

RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. 1.003.005.907
Trabajador

Bogotá D.C., 01 de julio de 2025

Señor:
CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. 1.062.354.054
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.062.354.054, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 01 de julio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. 1.062.354.054
Trabajador

Bogotá D.C., 10 de septiembre de 2025

Señor:
AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. 15.619.467
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **AMADO MIRANDA DIAZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 15.619.467, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Ayudante**, recibió el día 10 de septiembre de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. 15.619.467
Trabajador

Bogotá D.C., 02 de septiembre de 2025

Señor:
CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. 78.759.813
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 78.759.813, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 02 de septiembre de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

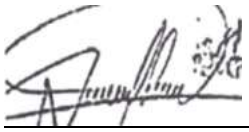
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. 78.759.813
Trabajador

Bogotá D.C., 14 de octubre de 2025

Señor:
JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. 1.121.326.316
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.326.316, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 14 de octubre de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

Jesus Abdala

JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. 1.121.326.316
Trabajador

Bogotá D.C., 03 de julio de 2025

Señor:
DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. 1.094.246.397
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.246.397, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 03 de julio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

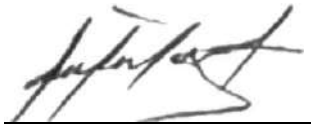
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. 1.094.246.397
Trabajador

Bogotá D.C., 20 de agosto de 2025

Señor:
JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. 1.119.391.648
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.119.391.648, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Ayudante**, recibió el día 20 de agosto de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

Junior Duarte

JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. 1.119.391.648
Trabajador

Bogotá D.C., 16 de junio de 2025

Señor:
WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. 1.000.993.111
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.000.993.111, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 16 de junio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. 1.000.993.111
Trabajador

Bogotá D.C., 20 de junio de 2025

Señor:
GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. 1.047.477.076
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.047.477.076, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Ayudante**, recibió el día 20 de junio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

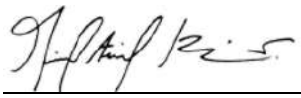
- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. 1.047.477.076
Trabajador

Bogotá D.C., 11 de junio de 2025

Señor:
JORGE ORLANDO ARIZA ARIZA
C.C. 1.024.491.542
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **JORGE ORLANDO ARIZA ARIZA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.491.542, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 11 de junio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

ARIZA JORGE

JORGE ORLANDO ARIZA ARIZA
C.C. 1.024.491.542
Trabajador

Bogotá D.C., 11 de junio de 2025

Señor:
ALEX PERALES ARIAS
C.C. 1.073.670.370
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **ALEX PERALES ARIAS** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.670.370, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 11 de junio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

ALEX PERALES

ALEX PERALES ARIAS
C.C. 1.073.670.370
Trabajador

Bogotá D.C., 01 de julio de 2025

Señor:
ELIECER LEAL
C.C. 11.304.172
Ciudad

ASUNTO: Constancia de inducción

Por medio de la presente se deja constancia de que el señor **ELIECER LEAL** identificado con cédula de ciudadanía No. 11.304.172, vinculado al proyecto SALÓN COMUNAL 013 en el cargo de **Oficial**, recibió el día 01 de julio de 2025 la inducción por parte del Consorcio Salón Comunal 013, la cual comprendió los siguientes temas:

- Generalidades del proyecto, objeto y alcance del contrato.
- Funciones y responsabilidades del cargo.
- Reglamento interno de trabajo y políticas del Consorcio.
- Seguridad y salud en el trabajo: identificación de peligros y riesgos del cargo, uso y cuidado de los elementos de protección personal, y procedimientos en caso de emergencia y reporte de accidentes e incidentes.
- Normas de comportamiento en obra y manejo ambiental.

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido y comprendido la información suministrada y se compromete a cumplirla durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

Cordialmente,

RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

LEAL ELIECER

ELIECER LEAL
C.C. 11.304.172
Trabajador

ANEXO SST 2. ACTAS COCOLA

	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	X	Acta No.	01
Modalidad	Presencial	X	Medios Virtuales			
Fecha	Día: 11		Mes: 08		Año	2025
Hora Inicio	8:00am	**Hora fin**	8:30am	m		

ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Darwin Jesús Parra Sierra	Oficial

TEMAS TRATADOS	DESCRIPCIÓN
1. Conformación de Comité e inicio de reunión	Siendo las 8:00am se eligen los miembros del comité de convivencia laboral y se procede a realizar reunión.
2. Socialización Normas de Convivencia Laboral	conjunto de reglas y principios que promueven un ambiente de trabajo respetuoso, cordial y productivo, donde se valora la diversidad de opiniones y se busca la colaboración y el bienestar de todos. Estas normas incluyen el trato respetuoso, el diálogo abierto, el cuidado de los espacios comunes, la confidencialidad de la información y la abstención de comportamientos como la crítica destructiva, el acoso o la discriminación. **Principios clave de la convivencia laboral:** • **Respeto:** Tratar a todos los compañeros con cortesía y dignidad, sin importar su cargo, origen o creencias. • **Diálogo y Escucha:** Promover la comunicación abierta y respetuosa, donde se puedan expresar ideas y opiniones de forma argumentada, y donde se escuchen los puntos de vista diferentes. • **Colaboración:** Apoyar a los compañeros para agilizar el trabajo en equipo y generar un ambiente armónico y de apoyo mutuo. • **Confidencialidad:** Respetar y guardar la información privada y confidencial a la que se tenga acceso durante el trabajo. • **Cuidado de los espacios:** Mantener los puestos de trabajo limpios y ordenados, y hacer un uso adecuado de los recursos y espacios compartidos de la organización. **Comportamientos a evitar:** • Acoso y maltrato: No fomentar enfrentamientos, desavenencias, ni realizar comentarios humillantes o descalificaciones profesionales. • Discriminación: Evitar cualquier tipo de trato que atente contra la dignidad de las personas

	por motivos de raza, religión, género o cualquier otra característica personal. • Critica destructiva: Abstenerse de emitir juicios de valor y fomentar la crítica negativa en lugar de las sugerencias constructivas. • Aislamiento: No excluir o aislar a compañeros de las actividades de la empresa. **Derechos de los trabajadores:** • Ser respetado en sus ideas, creencias y opiniones. • Ser escuchado por el comité de convivencia cuando se identifiquen conductas que atenten contra la buena convivencia laboral. • Recibir atención confidencial al presentar quejas sobre acoso o maltrato laboral. **Beneficios de una buena convivencia:** • Aumento del rendimiento laboral. • Creación de un ambiente de trabajo positivo y armónico. • Prevención de conflictos y riesgos psicosociales. • Mejora de las condiciones laborales para todos los empleados.
3. Compromisos	Después de Socializar las normas de convivencia laboral para que, por medio del Oficial Darwin Jesús Parra, comparta a todos los compañeros de trabajo la información recibida.

Finalizada la reunión, se cierra el acta N° 1, del 11 de agosto del 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

PRESIDENTE
NOMBRE: Adriana Ruiz C.
FIRMA:
CARGO: Rep Social

SECRETARIO
NOMBRE: Darwin de Jesus Parra
FIRMA:
CARGO: Oficial

	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

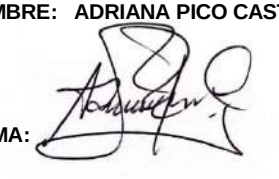
Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**02**
Modalidad	Presencial	**X**	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**19**	Mes:	**09**	Año	**2025**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

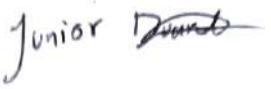
ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
José Junior Duarte	Ayudante

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 8:00am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Se socializa funciones de comité de convivencia laboral	El Comité de Convivencia Laboral es un órgano conformado por representantes de los trabajadores y del empleador, cuya finalidad es promover un ambiente de trabajo sano, respetuoso y libre de acoso o violencia en el entorno laboral. Sus funciones están orientadas a prevenir, intervenir y hacer seguimiento a situaciones que puedan afectar la armonía y el bienestar entre los miembros de la organización. Las principales funciones del Comité de Convivencia Laboral son: **Promover la convivencia y el respeto** Fomentar relaciones laborales basadas en el respeto, la tolerancia y la buena comunicación entre todos los trabajadores. **Recibir y analizar quejas o reportes** Recibir de manera confidencial las quejas relacionadas con presuntos casos de acoso laboral, maltrato o conflictos que afecten la convivencia, y analizar cada caso de forma objetiva. **Mediar y proponer soluciones** Actuar como mediador entre las partes involucradas para buscar soluciones pacíficas, promover el diálogo y evitar la escalada del conflicto. **Realizar seguimiento a los casos tratados** Asegurar el cumplimiento de los acuerdos logrados en la mediación y realizar el seguimiento necesario para garantizar la mejora del clima laboral. **Promover actividades de prevención** Proponer e implementar campañas, talleres o actividades educativas que ayuden a prevenir el acoso laboral y a fortalecer la sana convivencia. **Elaborar informes periódicos** Generar informes sobre las actividades realizadas, el número de casos atendidos, las acciones tomadas y las recomendaciones pertinentes, garantizando la confidencialidad de la información. **Garantizar la confidencialidad y el debido proceso** Velar porque todas las actuaciones del comité se desarrollen con respeto a la privacidad, imparcialidad y bajo los principios del debido proceso.

	Asesorar en la aplicación de políticas internas Apoyar la implementación de políticas internas relacionadas con la convivencia, la resolución de conflictos y la promoción de un ambiente laboral saludable.
3. Compromiso	Reportar condiciones o actos que comprometan el bienestar y ambiente laboral

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 2 de 19 de septiembre del año 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA
FIRMA: 

SECRETARIO
NOMBRE: JOSE JUNIOR DUARTE
FIRMA: 

	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**03**
Modalidad	Presencial	**X**	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**20**	Mes:	**10**	Año	**2025**
Hora Inicio	7:30AM	**Hora fin**	8:00AM	**m**		

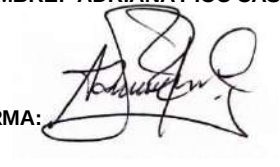
ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 7:30am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Se socializa que es Acoso laboral y sus características	Se considera acoso laboral a toda conducta de agresión u hostigamiento física o psicológica que, de forma reiterada, menoscaba, humilla o maltrata a un trabajador, o que amenaza su situación laboral u oportunidades de empleo. Puede ser ejercido por superiores, compañeros o incluso subordinados, e incluye acciones como agresiones verbales, intimidación, descalificaciones constantes, asignación de tareas imposibles o la creación de un ambiente hostil. **Características del acoso laboral:** **Reiteración:** La conducta debe ser persistente y repetirse en el tiempo, aunque los términos exactos (como una vez por semana durante seis meses) pueden variar. **Intención:** Busca generar miedo, intimidación, desmotivación o provocar la renuncia del empleado. Cualquier tipo de agresiones: Incluye tanto la violencia física como la psicológica, así como el hostigamiento sexual. **Impacto negativo:** El objetivo o resultado es causar menoscabo, humillación, maltrato, o amenazar y perjudicar la situación laboral del afectado. **Relación jerárquica:** No importa la posición de poder entre las personas. Puede darse de superior a subordinado, entre compañeros de igual rango o de subordinado a superior.
3. Compromiso	Reportar casos que se puedan considerar como acoso laboral a los integrantes del comité para tomar medidas a tiempo y evitar dañar ambiente laboral.

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 3 de 20 de octubre del año 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

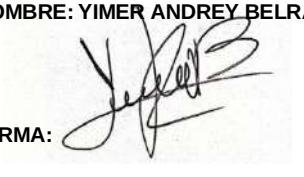
PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA

FIRMA:



SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN

FIRMA:



NOTA ACLARATORIA
CAMBIO DE SECRETARIO(A) – COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL (COCOLA)

Referencia formato: CSA-SST-FT-21 – Formato Acta de Reunión de Comité
Referencia contrato: Contrato de Obra N.º 847 de 2024 – Construcción del Salón Comunal del barrio Corkidi, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C.
Consorcio: Consorcio Salón Comunal 013
Fecha de expedición de esta nota: 25 de septiembre de 2026

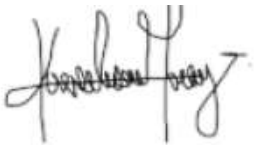
En la revisión de las actas del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA) correspondientes al presente contrato, se evidenció un cambio en la persona que ejerce el rol de Secretario(a) del comité entre las actas N.º 01, 02 y 03, sin que se hubiera dejado constancia expresa del motivo ni de la fecha a partir de la cual se produjo cada cambio. Mediante la presente nota se deja constancia de dicha situación, con el fin de garantizar la trazabilidad y continuidad en la conformación del comité, así:

Acta N.º	Fecha	Secretario(a)	Motivo y fecha efectiva del cambio
01	11/08/2025	Darwin Jesús Parra Sierra (Oficial)	Secretario inicial del comité desde su conformación.
02	19/09/2025	José Junior Duarte (Ayudante)	Asume la secretaría a partir del 19/09/2025, en razón de la salida del señor Darwin Jesús Parra Sierra del proyecto por finalización de su vinculación con la obra (rotación de personal).
03 y siguientes	20/10/2025	Yimer Andrey Beltrán (Apoyo Área Técnica)	Asume la secretaría a partir del 20/10/2025, en razón de la salida del señor José Junior Duarte del proyecto por finalización de su vinculación con la obra (rotación de personal). Continúa en el cargo de forma ininterrumpida hasta el acta N.º 7 (12/06/2026).

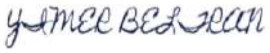
En todos los casos, el cambio obedeció a la rotación de personal propia de la ejecución de la obra (finalización de la vinculación del colaborador que venía ejerciendo la secretaría), y no a una decisión del comité relacionada con el desempeño de sus funciones. La Profesional Social, Adriana Pico Castañeda, mantuvo la presidencia del comité de forma ininterrumpida durante todo el periodo, garantizando la continuidad de las funciones y el seguimiento de los compromisos adquiridos en cada reunión.

Esta nota aclaratoria hace parte integral del expediente de actas del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA) del Contrato de Obra N.º 847 de 2024 y deberá anexarse a las actas N.º 01, 02 y 03.

PRESIDENTE(A) DEL COMITÉ
NOMBRE: Adriana Pico Castañeda

FIRMA: 

SECRETARIO(A) VIGENTE
NOMBRE: Yimer Andrey Beltrán

FIRMA: 

	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**04**
Modalidad	Presencial	X	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**21**	Mes:	**11**	Año	**2025**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

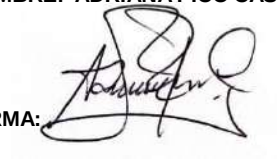
ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 7:30am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Paso a paso de un análisis de quejas para el consorcio	implica un proceso de registro, investigación y resolución que busca abordar la insatisfacción de manera justa. El objetivo es resolver disputas, generar confianza y mejorar la cultura laboral. Para ello, se inicia un proceso de investigación que puede incluir entrevistar a testigos y revisar documentos, para luego comunicar una resolución que debe ser oportuna y defendible externamente. 1. Presentación de la queja: El trabajador presenta su inconformidad a través de los canales establecidos por la empresa, como una política de quejas formal. 2. Investigación: Se inicia una investigación formal cuyo alcance varía según la gravedad del caso. Esto puede implicar: Entrevistar a las partes involucradas y a testigos. Revisar documentos, correos electrónicos y otros registros pertinentes. Contratar expertos externos si es necesario, para garantizar la imparcialidad. 3. Resolución: Con base en los resultados de la investigación, la empresa proporciona una resolución justa y apropiada. Se comunica la decisión al trabajador, explicando los motivos y las acciones a seguir. La resolución debe estar alineada con las políticas internas y, si es posible, ser defendible ante terceros.
3. Compromiso	Reportar casos en donde se vea comprometida el buen ambiente laboral.

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 4 de 21 de noviembre del año 2025 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA

FIRMA:



SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN

FIRMA:



	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**05**
Modalidad	Presencial	X	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**14**	Mes:	**04**	Año	**2026**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 7:30am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. mejorar la comunicación	manifestaron disposición para mejorar la comunicación y fortalecer el trabajo colaborativo, acordando establecer mecanismos de seguimiento que permitan prevenir futuras situaciones de conflicto. Dentro de los compromisos adquiridos se definieron acciones orientadas a: Mantener una comunicación clara y respetuosa entre trabajadores, supervisores y contratistas. Canalizar oportunamente las inconformidades a través Cumplir las instrucciones impartidas por la supervisión técnica y administrativa. Fomentar el respeto mutuo y el trabajo en equipo en todas las actividades desarrolladas en obra. Evitar conductas que puedan generar ambientes laborales inadecuados o afectar el desarrollo normal de las labores. Participar en futuras actividades de capacitación relacionadas con convivencia laboral, manejo de conflictos y comunicación asertiva.
3. Compromiso	Importancia de una buena comunicación

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 5 de 14 de abril del año 2026 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

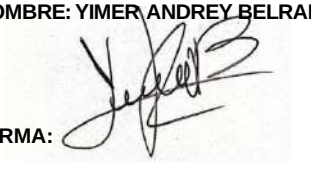
PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA

FIRMA:



SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN

FIRMA:



	FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**06**
Modalidad	Presencial	X	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**15**	Mes:	**05**	Año	**2026**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	**DESCRIPCIÓN**
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 8:00am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Paso a paso de un clima laboral adecuado	El **clima laboral** es el conjunto de condiciones psicológicas, emocionales y humanas en las que se desarrolla el trabajo en una organización. Determina el grado de motivación y satisfacción del equipo, impactando directamente en la productividad, el rendimiento y la retención del talento. **Pilares Fundamentales** • **Liderazgo y Relaciones:** El trato, la confianza y la comunicación abierta entre líderes y colaboradores. • **Condiciones Físicas y Psicológicas:** Desde la ergonomía del espacio de trabajo hasta la seguridad emocional para proponer ideas. • **Reconocimiento y Desarrollo:** Sentirse valorado, bien compensado y con oportunidades de crecimiento profesional. **¿Cómo se mide y mejora?** 1. **Medición:** Suele evaluarse mediante encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias o auditorías de cultura organizacional para detectar áreas de oportunidad. 2. **Planes de acción:** A partir del diagnóstico, se ejecutan estrategias que fomenten la flexibilidad, el respeto, la compasión y un estilo de liderazgo participativo.
3. Compromiso	Reportar casos en donde se vea comprometida el buen Clima laboral.

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 6 de 15 de mayo del año 2026 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

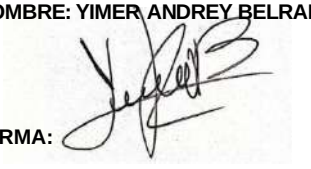
PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA

FIRMA:



SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN

FIRMA:



CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	**FORMATO ACTA DE REUNION DE COMITÉ**	Código	CSA-SST-FT-21
		Fecha:	19/04/2025
		Versión:	1

Tipo	COPASST		CCL	**X**	Acta No.	**7**
Modalidad	Presencial	X	Medios Virtuales			
Fecha	Día	**12**	Mes:	**06**	Año	**2026**
Hora Inicio	8:00AM	**Hora fin**	8:30AM	**m**		

ASISTENTES	
Nombre	**Cargo**
Adriana Pico Castañeda	Profesional Social
Yimer Andrey Beltrán	Apoyo Área Técnica

TEMAS TRATADOS	DESCRIPCIÓN
1. Se confirma comité e inicio de reunión	Siendo las 8:00am se elige secretario del comité de convivencia laboral y se procede a realizar la reunión.
2. Manejo de quejas en una empresa	Se da a conocer los pasos de procedimiento en el manejo de quejas en el Consorcio. **Fases del Procedimiento** • **Recepción y Admisión:** El comité recibe la queja formal por presunto acoso laboral y tiene hasta 5 días calendario para darle trámite y citar a sus miembros. • **Revisión Confidencial:** El comité evalúa los hechos y las pruebas aportadas en un plazo máximo de 15 días calendario. • **Escucha Individual:** Se convoca a las partes involucradas por separado para escuchar sus versiones, en un periodo también establecido de 5 días calendario. • **Espacio de Diálogo (Conciliación):** El comité organiza una sesión conjunta para promover compromisos mutuos, crear un plan de mejora y renovar la convivencia. • **Seguimiento:** Si se llega a un acuerdo, el comité realiza un seguimiento mensual del cumplimiento de los compromisos adquiridos
3. Compromiso	Seguir al paso a paso el procedimiento para la recepción y manejo de quejas.

Finalizada la reunión, se cierra el acta No. 7 de 12 de junio del año 2026 y se firma por los miembros del Comité de Convivencia Laboral.

PRESIDENTE
NOMBRE: ADRIANA PICO CASTAÑEDA



FIRMA:

SECRETARIO
NOMBRE: YIMER ANDREY BELRAN



FIRMA:

Bogotá 14 de agosto de 2026
Señores
JVM INGENIERÍA SAS BIC
Atn. Carlos Vergara Negrete
Representante Legal
Nit: 901489956-3
jvmpuentearanda@gmail.com
Calle 52ª No. 14 – 17 Montería – Córdoba

Ref.: CONTRATO DE OBRA No 847 DE 2024 cuyo Objeto es: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL SALÓN COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTÁ D.C."

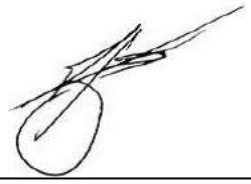
Asunto: Aclaración comité de convivencia Laboral

Durante la ejecución del contrato **Consorcio Salón Comunal 013**, no se presentaron quejas ni reportes relacionados con situaciones que afectaran la convivencia laboral entre los trabajadores. No obstante, se mantuvo un **seguimiento permanente al personal**, con el propósito de identificar oportunamente cualquier situación que pudiera afectar el bienestar de los colaboradores y garantizar un ambiente laboral basado en el respeto, la comunicación, el buen trato y la sana convivencia.

En este sentido, se llevaron a cabo las **reuniones del Comité de Convivencia Laboral**, como parte de las acciones preventivas y de seguimiento implementadas durante la ejecución del contrato. Estos espacios permitieron mantener una comunicación constante con los trabajadores, promover relaciones laborales adecuadas y fortalecer las estrategias encaminadas a la prevención de situaciones que pudieran generar conflictos en el entorno laboral.

Por lo anterior, se deja constancia de que, durante el periodo de ejecución del contrato, **no se registraron quejas ante el Comité de Convivencia Laboral**, manteniéndose las acciones de prevención, seguimiento y promoción de un ambiente laboral sano y respetuoso.

Atentamente,



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
R.L CONSORCIO SALÓN
COMUNAL 013 NIT:
901.901.941-0

ANEXO SST 3. ACTAS COPASST

	ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL COPASST	CODIGO:	CSA-SST-FO-17
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SST

Fecha: 05-06-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Realizar la elección de los representantes de los trabajadores ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), con el propósito de promover la participación activa de los colaboradores en la identificación de peligros, prevención de accidentes y enfermedades laborales, y en el mejoramiento continuo de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo del Consorcio Salón Comunal 013

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Asistieron 3 trabajadores de los 3 con que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se presentaron las generalidades sobre la constitución y funcionamiento del Copasst de acuerdo con la resolución 2013 de 1986, los decretos 614 de 1984 y 1295 de 1994.
3. Los trabajadores y empleador eligieron de forma libre su representante al COPASST.
4. Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a William Fernando Hurtado.

PRESIDENTE

SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de conformación del COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) y firman en señal de aprobación al 05 día del mes de junio de 2025

Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

NOTA ACLARATORIA
CAMBIO DE SECRETARIO(A) – (COPASST)

Referencia formato: CSA-SST-FT-21 – Formato Acta de Reunión de Comité
Referencia contrato: Contrato de Obra N.º 847 de 2024 – Construcción del Salón Comunal del barrio Corkidi, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C.
Consorcio: Consorcio Salón Comunal 013
Fecha de expedición de esta nota: 06 de junio de 2025

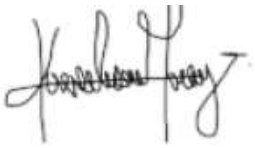
En la revisión de las actas del COPASST correspondientes al presente contrato, se evidenció un cambio en la persona que ejerce el rol de Secretario(a), Mediante la presente nota se deja constancia de dicha situación, con el fin de garantizar la trazabilidad y continuidad en la conformación del comité, así:

Acta N.º	Fecha	Secretario(a)	Motivo y fecha efectiva del cambio
01	05/06/2025	William Fernando Hurtado (OFICIAL)	Secretario inicial del comité desde su conformación.
02	06/06/2025 EN ADELANTE SERA	Yimer Andrey Beltrán (Apoyo Área Técnica)	Asume la secretaría a partir del 06/06/2025, en razón de la salida del señor William Fernando Hurtado (OFICIAL) del proyecto por finalización de su vinculación con la obra (rotación de personal).

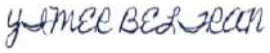
En todos los casos, el cambio obedeció a la rotación de personal propia de la ejecución de la obra (finalización de la vinculación del colaborador que venía ejerciendo la secretaría), y no a una decisión del comité relacionada con el desempeño de sus funciones. La Profesional Social, Adriana Pico Castañeda, mantuvo la presidencia del comité de forma ininterrumpida durante todo el periodo, garantizando la continuidad de las funciones y el seguimiento de los compromisos adquiridos en cada reunión.

Esta nota aclaratoria hace parte integral del expediente de COPASST del Contrato de Obra N.º 847 de 2024

PRESIDENTE(A) DEL COMITÉ
NOMBRE: Adriana Pico Castañeda

FIRMA: 

SECRETARIO(A) VIGENTE
NOMBRE: Yimer Andrey Beltrán

FIRMA: 

	ACTA DE REUNION COPASST	CODIGO:	CSA-SST-FO-17
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 05-08-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 3 trabajadores de los 3 con que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realiza recorrido en obra para verificar la señalización existente y después socializar o capacitar al personal activo y presente en campo de los tipos de señalización el significado de cada uno de ellas para en caso de una emergencia saber cual es la ruta de evacuación y los riesgos a los que están expuestos mientras realizan las actividades programadas por parte del área técnica.
3. Teniendo en cuenta las señales presentes en campo se realiza recomendaciones sobre el autocuidado y la importancia de estar sanos para la ejecución de las actividades a desarrollar.
4. Se termina reunión a las 8:10am

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran

PRESIDENTE

YIMER BELTRAN
SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el del VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 05 día del mes de agosto de 2025

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

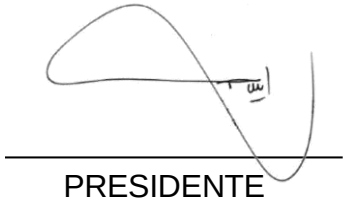
Fecha: 08-09-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realiza una inspección al botiquín de primeros auxilios ubicado en la carpa donde se encuentra la parte administrativa en obra. La revisión fue realizada con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares de seguridad y asegurar que los elementos necesarios para la atención de emergencias se encuentren en buen estado y dentro de los plazos de caducidad correspondientes.
   Durante la inspección se revisaron los siguientes aspectos:
   Inventario de Suministros: Se verificó que el botiquín contara con todos los artículos básicos requeridos, tales como vendajes, gasas, alcohol, antisépticos, tijeras, guantes, termómetro, entre otros.
   Estado de los Elementos: Se comprobó que los suministros no estuvieran caducados y que los elementos frágiles o de fácil deterioro se encontraran en condiciones adecuadas.
   Accesibilidad: Se corroboró que el botiquín estuviera ubicado en un lugar visible y de fácil acceso para todo el personal, en caso de ser necesario.
   Etiquetas e Información de Uso: Se verificó que el botiquín contara con una etiqueta o indicación visible que informara sobre su uso, así como instrucciones básicas de primeros auxilios
3. Se termina reunión a las 8:20am

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran

	ACTA DE REUNION COPASST	CODIGO:	CSA-SST-FO-17
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1



PRESIDENTE

YIMER BELTRAN

SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el del VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 08 día del mes de septiembre de 2025

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 08-10-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realizó reunión con el fin de planificar las funciones de cada uno de los integrantes de la brigada de emergencia en el simulacro que se llevará a cabo el día 22 de octubre del presente año.
   Dando a conocer las tres etapas en un simulacro:

1. ANTES DEL SIMULACRO

Programar y planificar: Participar en la planeación del simulacro, colaborando en la definición de escenarios y objetivos.

Capacitar: Promover y participar en actividades de capacitación para los trabajadores sobre cómo actuar durante un simulacro.

Inspeccionar: Realizar inspecciones de los equipos de emergencia y las rutas de evacuación para asegurarse de que estén en condiciones óptimas.

2. Durante el simulacro

Evaluar y vigilar: Monitorear la ejecución del simulacro para verificar el cumplimiento de las normas y procedimientos de seguridad.

Apoyar a los trabajadores: Servir como un canal de comunicación para atender dudas y sugerencias de los trabajadores durante el simulacro.

Identificar riesgos: Observar y reportar cualquier factor de riesgo o punto débil que se presente durante la simulación.

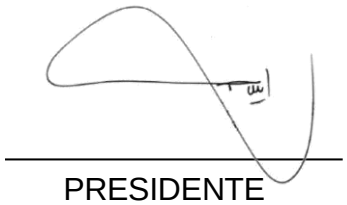
3. Después del simulacro

Analizar y evaluar: Revisar los resultados del simulacro para analizar las causas de las fallas o inconsistencias, similar a una investigación de accidentes.

Proponer mejoras: Elaborar un informe con las observaciones y proponer al empleador medidas correctivas para fortalecer el plan de emergencias y prevenir futuros incidentes.

Documentar: Mantener un registro de las actividades, resultados y propuestas de mejora para consulta de los trabajadores y autoridades competentes.

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran



PRESIDENTE



SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el del VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 08 día del mes de octubre de 2025

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 10-11-2025
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realizó reunión con el fin de socializar de que se trata la higiene u seguridad industrial.

Dando a conocer la siguiente información:

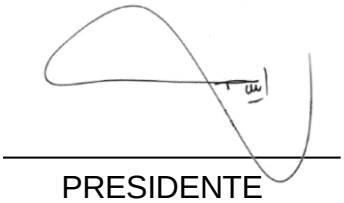
Es la disciplina que se enfoca en identificar, evaluar y controlar los riesgos en el lugar de trabajo para proteger la salud y el bienestar de los trabajadores. Se aplica para prevenir enfermedades y accidentes mediante la gestión de peligros físicos, químicos, biológicos y ergonómicos, estableciendo normativas y procedimientos en el marco de un sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo.

Higiene industrial

- Se centra en la salud del trabajador y la prevención de enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Su objetivo es identificar, evaluar y controlar los factores ambientales que pueden causar enfermedades o deterioro de la salud, como la exposición a agentes físicos (ruido, vibraciones), químicos (gases, polvos) y biológicos (bacterias, virus). Seguridad industrial
- Se enfoca en la prevención de accidentes y lesiones causadas por peligros inherentes a la actividad laboral.

- Esto incluye la identificación y control de riesgos ocupacionales como caídas, golpes, electrocuciones o riesgos de maquinaria.
- Abarca el uso de equipos de protección personal (EPP) adecuados, la organización del espacio de trabajo y la implementación de planes de emergencia y rescate.

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran



PRESIDENTE



SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el comité DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 10 día del mes de noviembre de 2025

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

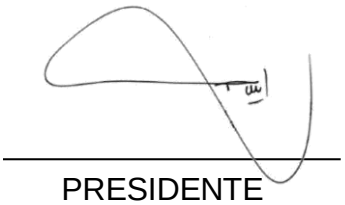
ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 10-04-2026
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,
2. Se realizó reunión con el fin de llevar a cabo el recorrido en obra para ejecutar inspección locativa de las actividades que están por ejecutar lo cual se dio a conocer la siguiente información:
   - Durante el recorrido, se identificaron diversas condiciones inseguras y áreas de mejora que requieren atención inmediata para prevenir accidentes y garantizar la integridad del personal.
   - Acumulación de escombros y materiales de construcción.
   - Falta de señalización preventiva en áreas de excavación o almacenamiento.
   - Realizar una jornada de limpieza inmediata para despejar los pasillos y rutas de evacuación en la zona del salón comunal.
   - Instalar la señalización visible sobre los riesgos locativos y delimitar las zonas de trabajo temporal.

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran



PRESIDENTE

YIMER BELTRAN

SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el comité DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 10 día del mes de abril de 2026

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 08-05-2026
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 9:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,

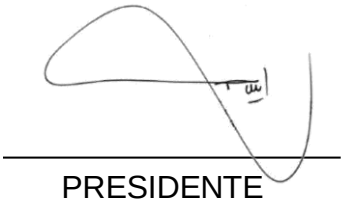
Se realizó reunión con el fin de socializar los **actos inseguros** son las acciones y omisiones humanas que incumplen los protocolos de seguridad y elevan el riesgo de accidentes. Las **condiciones inseguras** son los factores físicos, ambientales y de infraestructura en el lugar de trabajo que representan un peligro inminente.

- **Actos Inseguros (El factor humano):**
  - **Qué son:** Decisiones o descuidos del trabajador.
  - **Causas comunes:** Exceso de confianza, ignorar las normas, falta de capacitación, prisa o fatiga.
  - **Ejemplos frecuentes:**
    - Operar maquinaria sin autorización o sin protectores de seguridad.
    - No utilizar los Elementos de Protección Personal (EPP).
    - Levantar cargas pesadas de forma incorrecta (afectando la espalda).
    - Realizar bromas o juegos en áreas de riesgo.

- **Condiciones Inseguras (El factor del entorno):**
  - **Qué son:** Peligros propios de las instalaciones, equipos, herramientas o del medio ambiente.
  - **Causas comunes:** Falta de mantenimiento, mala planificación, desorden o diseño deficiente.
  - **Ejemplos frecuentes:**
    - Herramientas defectuosas o maquinaria sin paros de emergencia.
    - Pisos resbaladizos, desnivelados o con derrames sin limpiar.
    - Cableado eléctrico expuesto o falta de señalización.

- Iluminación deficiente, ventilación inadecuada o ruido excesivo.

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran



PRESIDENTE



SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el comité DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 08 día del mes de mayo de 2026

EMPRESA: CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

PERIODO: 2025 – 2026

ACTA DE REUNION COPASST

Fecha: 10-06-2026
Lugar: Salón Comunal
Asistentes: Profesionales del proyecto
Objetivo: Promover el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST en la empresa, promoviendo un ambiente laboral seguro y saludable al identificar y controlar riesgos, y proponiendo mejoras para prevenir accidentes y enfermedades laborales

. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 8:00am asistieron a reunión 2 trabajadores de los que cuenta el Consorcio Saló Comunal 013,

Se realizó reunión con el fin de socializar que es una emergencia y los tipos de emergencia que existen y que se pueden presentar en el lugar de trabajo.

Que es una Emergencia:

Es una situación crítica, imprevista y peligrosa que pone en riesgo la vida, la salud, el patrimonio o el medio ambiente. Requiere atención, toma de decisiones y acción inmediata para minimizar los daños y controlar la situación.

Tipos de Emergencia

- **Emergencias Médicas**

Situaciones de salud graves que amenazan la vida de forma inminente y requieren soporte vital avanzado.

- **Emergencias por Desastres Naturales**

Eventos catastróficos causados por fenómenos de la naturaleza que superan la capacidad de respuesta normal de una comunidad.

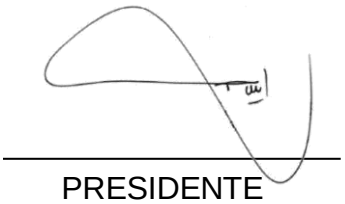
- **Emergencias Tecnológicas y Accidentales**

Situaciones provocadas por fallas humanas, fallas de infraestructura, accidentes industriales o negligencias.

- **Emergencias de Seguridad Pública o Sociales**

Acontecimientos provocados por la acción humana intencionada que alteran el orden público y la seguridad ciudadana.

Se designó como presidente del comité a Álvaro Guevara y el secretario a Yimer Beltran



PRESIDENTE



SECRETARIO

Por lo anterior queda la presente acta de reunión con el comité DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST y firman en señal de aprobación al 10 día del mes de junio de 2026.

NOTA: No se generan compromisos por ser la última reunión del comité por finalización del contrato

CONSOLIDADOS DE REUNIONES

CONSORCIO	FECHA DE REUNION	NUMERO DE REUNION
SALON COMUNAL 013	05/06/2025	01
	05/07/2025	02
	05/08/2025	03
	08/09/2025	04
	08/10/2025	05
	10/11/2025	06
	SUSPENSIÓN DE DICIEMBRE 2025 A FEBRERO 2026	
	10/04/2026	07
	08/05/2026	08
	10/06/2026	09

ANEXO SST 4. CAPACITACIONES

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 10-04-25 Hora Inicio: 8:00 Hora Fin: 8:05 Duración: 5 M

CONTRATO: Comercio Zulia Comercial

Temas tratados

Retroalimentación Riesgo Firma Progresiva l.

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	X
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Relator: Cosme Brito **Firma:** [signature]

Cargo: Profesional SST **Lugar de Reunión:** Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ	1047477076	[signature]
2	Jose Camilo Z	7973298	[signature]
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 09/7/2026 Hora Inicio: 7:00 am Hora Fin: 7:15 Duración: 15 M

CONTRATO: Salud Comunal 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
-Importancia de las Pausas Activas	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	X
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cristian Viano Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Ruben Hurtado A.	1.082479770	
2	[illegible]	3090023	Hector Rojas
3	Carlos Montero211	7D959813	
4	Darwin parra sierra	1094246397	
5	Jose Junior Monte Coronel	1119391648	
6	ALEX perez MS	1073670370	ALEX
7	Jorge Ariz.	1024491542	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO:	CSA-SST-FO-12
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1
PAGINAS:	1

Fecha: 15/07/2025 Hora Inicio: 7:00 am Hora Fin: 7:15 Duración: 15m.

CONTRATO: Comando Sobre Comercial SAS

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Seguridad laboral: Actos y condiciones Inseguras.	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	X
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Comando Bravo Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Alberto Montero 746	78759813	
2	Eliecer Leal Redondo	1130417Z	
3	Hector Rojas.	3090023	
4	Darwin Parra Sierra	1094246397	
5	Jose Junior Duarte Cionet	1119391648	
6	Alex Pardo Ruiz	1082670370	
7	Jorge Ariz -	1024791542	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 23/07/2025 Hora Inicio: 7:00 am Hora Fin: 7:15 Duración:

CONTRATO: Jaleo Caminos 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
• Uso adecuados de elementos de protección personal	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	X
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cornelio Pinos Firma:

Cargo: op 331 Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	ELECER LEAL PERDOMO.	1130417?	
2	Carlos Alberto Monterroza	78759813	
3	Hectos Rojas	3090823	
4	Darwin Parra Sierra	1094246397	
5	Jose Junior Duarte Cusmat	1119391648	
6	ALEX PORTO MAS	1073670340	ALEX
7	Jorge Ariza	1024498542	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 2-04-25 Hora Inicio: 9:00am Hora Fin: 8:05 Duración: 5M

CONTRATO: Jardín Comunal 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Señalización de rutas de evacuación y Salida de Emergencia	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	X
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Carmelo Rivero Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Darwin de Jesus Parra Sierra	1094246397	
2	Carlos Henrique Almendrales S.	1062354054	
3	Santiago Correa	1.003.378.720	
4	ALEX PERALES PEREZ	1073670370	ALEX
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 13-09-25 Hora Inicio: 9:10am Hora Fin: 9:05 Duración: 5 M

CONTRATO: Julio Cesar 413

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Que hacer en Caso de un Accidente de trabajo	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	X
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Camilo Ruiz Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Cuyacuna

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Dorvande Jesus Parra Sierra	1094246397	
2	CARLOS E A [illegible]	1062354805	CARLOS
3	ALEX PEDALES PONTS	1073670370	
4	[illegible]	1.003.338.770	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 21-08-25 Hora Inicio: 9:00am Hora Fin: 9:05 Duración: 5M

CONTRATO: Salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Protocolo de Autocuidado	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	X
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Conrado Rojas Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Héctor Leo Perdoma.	11 304172.	
2	Héctor Rojas Hernandez	3090023	
3	Alex Prates Rojas	1076162370	
4	Carlos Alberto Monterroza	7875983	Carlos Monterroza
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 5/09/25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:10 Duración: 10 M

CONTRATO: Salon Comunal 013

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
SISTEMA GESTION SG-SST	
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Temas tratados

Riesgo Mecanico

Relator: Conrado Riaño

Cargo: SST

Firma:

Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Monterroza	78759813	Carlos M.
2	Alex Perales Ares	1043070370	Alex Perales
3	Amado Miranda Diaz	15619467	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	16/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 9/04/25 Hora Inicio: 7:00am Hora Fin: 7:10 Duración: 10 m

CONTRATO: Suba Empresarial 02

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Pausas Activas	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Carmen Rivera Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alex Andres Mora	1073680576	
2	Amadonimanga Diaz	19.619.067	
3	Carlos Montesoza	78719813	
4	Jose Junior Duarte Cismal	1143964 8	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 13/09/25 Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 1 Pm Duración: 10 H

CONTRATO: Jotas Comunal 01

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Riesgo Biologico	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cornelio Rivero Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alex Perales Arias	1043670370	Alex Perales
2	carlos Montesoza	78759813	Carlos M.
3	Amado Miranda D	15619467	
4	Jose Junior Duarte	1114306698	Junior
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 2/04/25 Hora Inicio: 7:00am Hora Fin: 7:10 Duración: 10 M

CONTRATO: Jaba Comercial 017

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Socialización Politicas	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Camila Baez Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jose Junior Duarte	1119301693	J. Junior Duarte
2	Alex Perales	1083010770	Alex Perales
3	Amado Miranda Diaz	15619467	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 24/04/25 **Hora Inicio:** 7:00am **Hora Fin:** 7:10am **Duración:** 10 M

CONTRATO: Julia Comercial 012

Temas tratados

Charla Importancia de Firma de Permisos

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	X
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Relator: Carmenza Muñoz **Firma:**

Cargo: SST **Lugar de Reunión:** Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alvaro Miranda Diaz	15.614.467	
2	Carlos Montoya ZA	78.759.813	
3	Nota practicas ARL	1083608326	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 14-10-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:05 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio Salud Comunal

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	x
SISTEMA GESTION SG-SST	
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Temas tratados

Pausas Activas

Relator: Consuelo Riaño

Cargo: SST

Firma:

Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	carlos enrique almendrales s.	1062354059	Almendrales C.
2	oswaldo miranda diaz	15619467	Diaz Amado
3	carlos alberto monterroza g.	78759813	C. Monterroza
4	andres f. montaño mestra	1003005907	Andres M.
5	jesus orafath abdala villafaña	1121326316	Jesus OrafatH
6	alex perales arrias	1078670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 22-10-25 Hora Inicio: 10:30 am Hora Fin: 10:40 Duración: 10 M

CONTRATO: Comercio Salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Participación simulacro	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Camilo Bravo Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Amado Miranda Diaz	15.619467	
2	Yeisi Perales Ariza	1073670376	
3	Jesus Abdala	1121.326.316	
4	Carlos Alberto	78759813	
5	Andres Montaño	1003005907	
6	Jimer Beltran	1078073512	
7	Alejandra Perez Teller	1004724104	
8	Fabian Suarez Alarcon	91145 08	
9	Alvaro Camilo Figueroa Moreno	1006996603	
10	Adriana Rico Castañeda	39655.442	
11	Camilo Bravo Hernandez	1073160745	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 08-10-25 Hora Inicio: 8:20am Hora Fin: 8:25am Duración: 5M.

CONTRATO: Consorcio Salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Peligro Quimico	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Conrado Riaño Firma:

Cargo: Lugar de Reunión: Salon Comunal

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	Amado Miranda Diaz	15619467	Diaz Amado
3	Carlos alberto Monterroza gonzales	78759813	L. Monterroza
4	Andres f. Montaño ulestra	1003005907	Andres M.
5	Jesus drafath abdala villafaña	1121526316	Jesus drafath
6	Alex perales arias	1073670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 11-10-25 Hora Inicio: 7:30 Hora Fin: 7:35 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio Salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Dar los Fundamentos Naturales	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	X
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Gonzalo Bravo Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	carlos enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	amado miranda diaz	15619467	Diaz Amado
3	Carlos alberto monterroza gonzales	78759813	C. Monterroza
4	andres f. montaño mesma	1003005907	
5	Jesus arafatt abdala villafañe	1121526316	Jesus arafatt
6	alex perales arias	1073670370	Alex Perales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 20-10-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 8:05 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio salon Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACION Marque una X	
Socialización de Punto de Encuentro	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	X

Relator: Carmelo Riaño Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos enrique almendrales S.	1062354054	Almendrales C.
2	amado miranola diaz	15619467	Dipt Amado
3	Carlos alberto monterroza B.	98759813	C. Monterroza
4	andres f. montano mestra	1003005907	
5	Jesus arafath abdala villafaño	1121326316	Jesus arafath
6	alex parales arroyo	1013670370	Alex Parales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 18-11-25 Hora Inicio: 7:00 am Hora Fin: 8:00 am Duración: 1 h

CONTRATO: Jaker Comuna 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Manipulación de Herramienta Manual (polidora)	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Carlos Alberto Monterroza Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Carlos Alberto Monterroza G	7875981 3	Carlos Monterroza
2	Amado miranda diaz	15619467	
3	Wilfo cesar Martinez	80451864	
4	Andres felipe montaño M.	1003065907	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: SIL-REF-2025
FECHA: 07/08/2025
VERSIÓN: 1
PÁGINAS: 1

TIPO DE CAPACITACIÓN

CHARLA DE SENSIBILIZACIÓN	
CHARLA GENERAL	
CHARLA MEDIO ESPECIFICO	X
SISTEMA GESTIÓN SST	
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
OTRO	

Tema tratado: Inspección de vehículos livianos

Nombre: Cornelio Flórez
Cargo: SST

Firma:
Lugar de Realización: Campamento

No.	NOMBRES	CÉDULA	FIRMA
1	Yesid Felipe Montero Mestra	1003005907	
2	Carlos Montero	12759213	
3	Armando Valbuena	15619467	
4	Julio Cesar Martinez	80451864	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 20-11-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 5:00 pm Duración: 10 H

CONTRATO: Jobn Camacho 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Orden y Aseo en Campamento	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Carmela Biaño Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Jimenez moreno Jaig Alexander	79.448.613	
2	Julio cesar Hartmer	80451864	
3	Carlos Monterrosa	78759813	
4	Andres felipe Montaño Mestra	1003005907	
5	Alirio Diaz	80384727	
6	Amado miranda diaz	15.619.467	
7	Beltran Yimel A.	1077073512	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 21/04/25 Hora Inicio: 7:00 Hora Fin: 8:00 Duración: 1 H.

CONTRATO: Gabo Cuervo 613

TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	X
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCIÓN	
REUNION	

Temas tratados

Riesgo Biomecanico

Relator: Cornelio Pinzón

Cargo: SST

Firma:

Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Julio Cesar Martinez	80451864	
2	Alexander Giraldo Moreno	1.144.061.013	Alexander
3	Blas Diaz	80384724	
4	Miguel Miranda Diaz	15619467	
5	Andres f. Montaño Ulestrid	1003005907	
6	Carlos Blanco	79777813	Carlos Montemoza
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO:	CSA-SST-FO-12
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1
PAGINAS:	1

Fecha: 4/11/25 Hora Inicio: 7:00a.m. Hora Fin: 7:07 Duración: 5M

Lugar: Carrera 7 calle Carmen

Temas tratados

Orden y Aseo en obra

TIPO DE COMUNICACIÓN	Marque una X
CHARLA PRE OPERACIONAL	
CHARLA SEMANAL	X
CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
SISTEMA GESTION SG-SST	
CAPACITACIÓN	
INDUCCIÓN	
REINDUCCION	
REUNION	

Realizado: Consuelo Rivera H

Cargo: SST

Firma:

Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alfredo Orlando Diaz	19619467	
2	Andres Felipe Montaño	1023005907	Andres F. Montaño
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 15-05-26 Hora Inicio: 800 am Hora Fin: 805 Duración: 5M

CONTRATO: Jaibon Cuaviral 013

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Autocuidado	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cornelio Rivera Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Jaibon Cuaviral

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Amado Miranda Diaz	15619467	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 12/06/25 Hora Inicio: 8:00am Hora Fin: 1:05 Duración: 5H

CONTRATO: Consorcio Jaba Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Socialización de Procedimiento de Manejo de Sustancias en el Consorcio	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Camilo Bustos Firma:

Cargo: Profesional SST Lugar de Reunión: Jaba Comunal

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Alvaro Miranda Diaz	1561947	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 11-06-25 Hora Inicio: 7:00am Hora Fin: 7:05 Duración: 5M

CONTRATO: Concesión Salazar Caracol

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Riesgo Biomecanico Posturas Prolongadas	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	X
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Cesar Leonardo Reyes Firma:

Cargo: Profesional SST Lugar de Reunión: Salazar Caracol

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Yimer Andrey Buitrago	1072073512	
2	Maider Miranda Diaz	1561946	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones: _____

Bogotá 28 de agosto de 2026
Señores
JVM INGENIERÍA SAS BIC
Atn. Carlos Vergara
Negrete Representante
Legal
Nit: 901489956-3
jvmpuentearanda@gmail.com
Calle 52ª No. 14 – 17 Montería – Córdoba

Ref.: CONTRATO DE OBRA No 847 DE 2024 cuyo Objeto es: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL SALÓN COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTÁ D.C."

Asunto: Aclaración soportes de capacitación

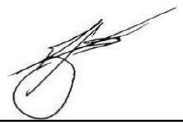
Por medio del presente, nos permitimos informar que durante la ejecución del **Contrato Consorcio Salón Comunal 013** se dio cumplimiento a la programación y realización de las **capacitaciones mensuales** establecidas, como parte de las actividades de promoción, prevención y fortalecimiento de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Es importante aclarar que, debido a las diferentes actividades y necesidades propias de la ejecución del contrato, **no se contó durante todo el periodo con una cantidad constante de trabajadores**. La formación del personal fue variable de acuerdo con las actividades programadas, frentes de trabajo y requerimientos de la obra.

Por esta razón, en los diferentes soportes de asistencia de las capacitaciones se puede evidenciar una participación variable de colaboradores, encontrándose registros con **uno (1), dos (2), tres (3) o más trabajadores**, dependiendo del personal que se encontraba vinculado y disponible para participar en cada jornada.

De esta manera, se deja constancia del cumplimiento de las actividades de capacitación programadas durante la ejecución del contrato, considerando las condiciones y variaciones propias de la operación y disponibilidad del personal.

Atentamente,



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
R.L CONSORCIO SALÓN
COMUNAL 013 NIT: 901.901.941-0

ANEXO SST 5.
EXAMENES MEDICOS

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 02 de mayo del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	HIDRÁULICO
TRABAJADOR:	JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ	C.C.	1020718924

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — **(N) NORMAL (A) ANORMAL**

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 02 de mayo del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	ESTRUCTURAL
TRABAJADOR:	CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS	C.C.	79957717

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — (N) NORMAL (A) ANORMAL

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 02 de mayo del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	ELECTRICO
TRABAJADOR:	RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ	C.C.	79155799

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — (N) NORMAL (A) ANORMAL

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 02 de mayo del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	SOCIAL
TRABAJADOR:	ADRIANA PICO CASTAÑEDA	C.C.	39655442

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — (N) NORMAL (A) ANORMAL

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 02 de mayo del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	PROFESIONAL SST
TRABAJADOR:	CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ	C.C.	1073160795

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — **(N) NORMAL (A) ANORMAL**

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 15 de agosto del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	AYUDANTE
TRABAJADOR:	JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT	C.C.	1119391648

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — **(N) NORMAL (A) ANORMAL**

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

Junior Duarte

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 27 de junio del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	AYUDANTE
TRABAJADOR:	CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ	C.C.	1062354054

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — (N) NORMAL (A) ANORMAL

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

Carlos Almendrales

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 25 de junio del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	OFICIAL
TRABAJADOR:	DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA	C.C.	1094246397

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — **(N) NORMAL (A) ANORMAL**

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659
DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

PROTEGER OCUPACIONAL

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
MEDICO Y CIRUJANO-LIC14776
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 48 No. 21 - 122 Cel. 313-8234740
consultoriomedicosalud@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD - FECHA:	Bogotá, 21 de noviembre del 2025	TIPO EX:	INGRESO
EMPRESA:	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CARGO:	OFICIAL
TRABAJADOR:	EVELIO GARCIA CACERES	C.C.	79376875

CONCEPTO:	X	APTO SIN RESTRICCIÓN		APTO CON RESTRICCIÓN
OBSERVACIONES:	NO PRESENTA COMPLICACIÓN MÉDICA			

EXAMENES REALIZADOS — **(N) NORMAL (A) ANORMAL**

EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO		EXAMEN	RESULTADO	
EXAMEN VERTIGO	N	A	TRIGLICÉRIDOS	N	A	BACILOSCOPIA	N	A
AUDIOMETRÍA	X	A	PRUEBA HEPÁTICAS	N	A	OSTEOMUSCULAR	X	A
VISIOMETRIA/OPTOMETRIA	X	A	FUNCIÓN RENAL	N	A	PRUEBA PSICOLÓGICA	X	A
ESPIROMETRIA	X	A	PARCIAL DE ORINA	N	A	RX.	N	A
CUADRO HEMATICO	X	A	SEROLOGIA	N	A	E.K.G	N	A
GLICEMIA	X	A	COPROLÓGICO	N	A	HEMOCLASIFICACIÓN	N	A
PERFIL LIPIDICO	X	A	FROTIS DE GARGANTA	N	A		N	A
COLESTEROL	N	A	KOH DE UÑAS	N	A		N	A

RECOMENDACIONES

DISMINUIR PESO CORPORAL		DEBE CONTINUAR CON TRATAMIENTO FORMULADO	
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA		REQUIERE DOBLE PROTECCION AUDITJVA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		REQUIERE ANTIPARASITARIOS PARA MANIPULAR	
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS		APTO PARA LABORAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE CITA MEDICA GENERAL	
REQUIERE VALORACION ESPECIALISTA		OTRO	

RESTRICCIONES

ESPACIOS CONFINADOS		MANIPULAR CON CARGAS MAYOR A 2S KG	
TRABAJO EN ALTURA		USAR CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA	
POSTURAS FORZADAS		OTRO	

INGRESO A PROGRAMA OE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

HIGIENE POSTURAL	X	QUIMICO -RESPIRATORIO	
SALUD AUDITIVA		BIOLÓGICO	
SALUD VISUAL		CARDIOVASCULAR	
MANIPULACÓN DE		PSICOLABORAL	

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO GRANADOS
Médico y Cirujano RM 1096 SSS
Especialista en Salud Ocupacional Lic. 17659

DR. DÁNEL RUBÉN BLANCO G.

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ORTIZ NARVAEZ GERMAN ALONSO	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1047477076 (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO. "
PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A) "
H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma: _____
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: _____
Nombre: ORTIZ NARVAEZ GERMAN ALONSO
CC 1047477076

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HURTADO CAMPOS WILLIAM FERNANDO	Masculino	23 Años	CC (Tipo)	1000993111 (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	PACIENTE QUE DEBE INICIAR TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE POR OPTOMETRIA Y OTORRINO

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

"SE RECOMIENDA EL USO DE FAJAS SACROLUMBARES SEMIRR"GIDAS CON SISTEMA DE DOBLE AGARRE PARA DAR MAYOR SUJECI"N A LA ZONA LUMBAR Y UMBILICAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.I.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Hurtado Villar

Firma:
Nombre: HURTADO CAMPOS WILLIAM FERNANDO
CC 1000993111

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

CONSORCIO ENCOR PD1850 NIT 901901641-6

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	Masculino	44 Años	CC (Tipo)	80217108 (Número)

Cargo **RESIDENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY
CC: 80217108

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Carrera 48#95-79 Barrio la Castellana
Tel. Tel. 322 832 11 97 / 302 290 59 92
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 368482 Fecha Examen: 2025-07-03 Hora: 14:59:01

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT: 901901941 SECTOR: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

ENT. MISIÓN: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT: 901901941 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: RICARDO ALBERTO APELLIDOS: BECERRA GUTIERREZ

IDENTIFICACIÓN: 80850300 FECHA DE NACIMIENTO: 27 de Julio de 1984 EDAD: 40

ESTADO CIVIL: CASADO(A) NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: REPRESENTANTE LEGAL

ARL: SURA EPS: ALIANSALUD EPS AFP: Proteccion

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Visiometria, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Actualizar formula 2) Control Optometria en 1 año 3) Corrección Óptica con anteojos 4) Uso de corrección optica permanente.

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.

DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES , PERDER PESO DE LA MANO DE NUTRICIONISTA DE EPS , REALIZAR EJERCICIO MINIMO 3 HORAS SEMANALES

-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES , USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES , CONTROL ANUAL POR OPTOMETRA DE EPS







Atendido por: CHACIN MEDINA NIURKA NOHEMI
Registro Médico: CE470417
Licencia S.O.: 13534 DE 14/02/2024

Paciente: BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO
Identificación: 80850300

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 320 212 9863
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

MAGNUS INGENIERIA SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	Masculino	22 Años	CC	1006796608
			Tipo	Número

Cargo **INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PERDER PESO
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.O. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
CC 1006796608

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 320 212 9863
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

MAGNUS INGENIERIA SAS

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1072073512 (Número)

Cargo **INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PERDER PESO
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: YIMER BELTRAN
Nombre: YIMER ANDREY BELTRAN RODRIGUEZ
CC 1072073512

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 320 212 9863
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

ECAP INGENIERIA S.A.S.

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PERALES ARIAS ALEX	Masculino	39 Años	CC (Tipo)	1073670370 (Número)

Cargo **OFICIAL DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PERDER PESO
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L/C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: ALEX PERALES
Nombre: ALEX PERALES ARIAS
CC 1073670370

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 320 212 9863
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

PARDO GONZALES INGENIERIAS Y CONSTRUCIONES S.A.S.

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LEAL PERDOMO ELIECER	Masculino	67 Años	CC (Tipo)	11304172 (Número)

Cargo **OFICIAL DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PERDER PESO
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.O. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: LEAL ELIECER
Nombre: LEAL PERDOMO ELIECER
CC 11304172

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 320 212 9863
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS

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

ECAP INGENIERIA S.A.S.

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO	Masculino	39 Años	CC (Tipo)	1024491542 (Número)

Cargo **OFICIAL DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

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

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATM"SFERA.
"SE"ALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ESPACIOS CONFINADOS Y ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. PERDER PESO
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
" VALORACI"N POR OPTOMETR"A ANUAL

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.O. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 0882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: ARIZA JORGE
Nombre: ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO
CC 1024491542

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MIRANDA DIAZ AMADO	Masculino	49 Años	CC (Tipo)	15619467 (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	APACIENTE QUE DEBE CONTINUAR EN CONTROL ANUAL POR OTORRINO

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL OTORRINO ANUAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Tayde Avila Garcia
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC/S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Amado Miranda

Firma:
Nombre: MIRANDA DIAZ AMADO
CC 15619467

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTA?O MESTRA ANDRES FELIPE	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1003005907 (Número)

Cargo **AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACI?N

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

" REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

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

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTA?O MESTRA ANDRES FELIPE
CC 1003005907

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	**09** MES	**2025** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS**

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO	Masculino	47 Años	CC (Tipo)	78759813 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO
CC 78759813

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	**10** MES	**2025** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS**

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ABDALA VILLAFA?A JESUS ARAFATH	Masculino	40 Años	CC (Tipo)	1121326316 (Número)

Cargo **AUXILIAR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	LAVADO AUDITIVO

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Jesus A.

Firma:
Nombre: ABDALA VILLAFA?A JESUS ARAFATH
CC 1121326316

ANEXO SST 6. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79957717		CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 109A N 151-09 torre 2 apto 1301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2451632	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1610042581	9488575127	I	2025/06/06	2025/07/07	BANCO DAVIVIENDA	31	$1,568,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
1	CC	79957717	CONTRERAS CAMILO	230201	30	$5,300,000	$848,000	EPS005	30	$5,300,000	$662,500		0	$0	$0	14-11	30	$5,300,000	$27,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79957717		CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 109A N 151-09 torre 2 apto 1301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2451632	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1610042581	9488575127	I	2025/06/06	2025/07/07	BANCO DAVIVIENDA	31	$1,568,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$848,000	$16,800	$0	$864,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$848,000	$16,800	$0	$864,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,700	$600	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,700	$600	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$662,500	$13,200	$0	$675,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$662,500	$13,200	$0	$675,700
TOTAL				1	$1,538,200	$30,600	$0	$1,568,800

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86737765	$837.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	337.500	0		0		0	4	900	0	338.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	432.000	0	0	0	0	4	1.200	0	433.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	65.800				65.800	4	200	66.000			658	66.000	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	337.500	338.400
Pensión	1	432.000	433.200
Riesgos Laborales	1	65.800	66.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	835.300	837.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86737765	$837.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N																	231001	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-11	2.700.000	3	65.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7974053092**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	40		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1557714311

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.100	$ 0	$ 809.600	$ 21.100	$ 830.700
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 21.100**	**$ 830.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 101.200	$ 2.700	$ 0	$ 103.900
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 5.300	$ 0	$ 200.000	$ 5.300	$ 0	$ 205.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 101.200	$ 2.700	$ 0	$ 103.900
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 10.700**	**$ 0**	**$ 413.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 14.000	$ 0	$ 551.400
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 14.000**	**$ 0**	**$ 551.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 10.500	$ 412.900
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 10.500**	**$ 412.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.208.100

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86737765	$837.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	337.500	0		0		0	4	900	0	338.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	432.000	0	0	0	0	4	1.200	0	433.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	65.800				65.800	4	200	66.000			658	66.000	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	337.500	338.400
Pensión	1	432.000	433.200
Riesgos Laborales	1	65.800	66.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	835.300	837.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86737765	$837.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N																	231001	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-11	2.700.000	3	65.800		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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87482513	$837.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	337.500	0		0		0	4	900	0	338.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	432.000	0	0	0	0	4	1.100	0	433.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	65.800				65.800	4	200	66.000			658	66.000	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	337.500	338.400
Pensión	1	432.000	433.100
Riesgos Laborales	1	65.800	66.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	835.300	837.500

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87482513	$837.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N																	231001	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS005	2.700.000	337.500	14-11	2.700.000	3	65.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$943,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: MONICA (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: SALON13 (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
1	CC	1082479720	HURTADO DUVAN	230301	29	$1,376,050	$220,200	EPS002	29	$1,376,050	$55,100	CCF22	29	$1,376,050	$55,100	14-23	29	$1,376,050	$95,800	29	$0	$0
2	CC	11304172	LEAL ELIECER		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	3090023	ROJAS HECTOR	25-14	23	$142,350	$22,800	EPS017	23	$142,350	$5,700	CCF22	23	$142,350	$5,700	14-23	23	$142,350	$10,000	23	$0	$0
Total			**Afiliados(3)**			**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$693,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$243,000	$3,700	$0	$246,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$22,800	$400	$0	$23,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$220,200	$3,300	$0	$223,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$5,700	$100	$0	$5,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$112,100	$1,700	$0	$113,800
TOTAL				**3**	**$933,500**	**$10,300**	**$0**	**$943,800**

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	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS	CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88193230	$8.103.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	391.100	0		0		0	2	500	0	391.600	8
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	84.000	0		0		0	2	200	0	84.200	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	194.000	0		0		0	2	300	0	194.300	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	285.000	0		0		0	2	400	0	285.400	5
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	92.000	0		0		0	2	200	0	92.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.271.600	0	0	0	0	2	1.600	0	1.273.200	5
230301	Porvenir	800224808-8	2.682.400	0	0	0	0	2	3.400	0	2.685.800	12
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.819.300				1.819.300	2	2.300	1.821.600			18.193	1.821.600	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.046.100	2	1.400	1.047.500	18

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	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88193230	$8.103.900	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.046.100	1.047.700
Pensión	3	4.181.800	4.187.100
Riesgos Laborales	1	1.819.300	1.821.600
CCF	1	1.046.100	1.047.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	8.093.300	8.103.900

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	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88193230	$8.103.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1002499161	SUAREZ NAVARRO ROMAN ENRRIQUE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1005690563	OLMOS LEIVA ELSY CAROLINA	1	0			S																	230301	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS005	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	5	146.200	CCF24	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
3	CC	1010179909	NARVAEZ GALINDO IVAN DAMON	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	1024491542	ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1025522394	DIAZ SOLANO BREINER SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	1.138.800	182.300	0	0	0	0	EPS002	1.138.800	45.600	14-11	1.138.800	5	79.300	CCF24	1.138.800	45.600	0	0	0	0	0
6	CC	1073670370	PERALES ARIAS ALEX	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	11253391	AMADO MEDINA RAFAEL ANTONIO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	9144508	SUAREZ FLOREZ CESAR VICENTE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	1082477181	CADENA POLO NEFER ANDRES	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	1101753435	FRANCO LUIS ALFREDO	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
11	CC	1102831771	HERNANDEZ REYES LUIS CARLOS	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	1105672371	GUZMAN CALDERON LEYLA ROCIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	1120371151	GONZALEZ MARIN KAREN ALEJANDRA	1	0			S																	230201	2.300.000	368.000	0	0	0	0	EPSC34	2.300.000	92.000	14-11	2.300.000	5	160.100	CCF24	2.300.000	92.000	0	0	0	0	0
14	CC	92450959	TORRES TAPIA ALEJANDRO	1	0			S	X																230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS002	711.750	28.500	14-11	711.750	5	49.600	CCF24	711.750	28.500	0	0	0	0	0
15	CC	1233889495	AMADO PAEZ LUZ ANDREA	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
16	CC	6389481	ARANDA SANCHEZ JOSE ANDERSON	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
17	CC	80165810	SOLANO HERNANDEZ WILSON	1	0			S	X																230201	800.000	128.000	0	0	0	0	EPS002	800.000	32.000	14-11	800.000	5	55.700	CCF24	800.000	32.000	0	0	0	0	0
18	CC	80195437	PEÑA ROCHA JUAN GUILLERMO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1629335882	9488300319	E	2025/07/09	2025/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$368,700

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	1000993111	HURTADO WILLIAM	X																	230301	15	$900,000	$144,000	EPS017	15	$900,000	$36,000	CCF24	15	$900,000	$36,000	14-11	15	$900,000	$62,700	15	$0	$0	Si	$278,700
2	CC	1047477076	ORTIZ GERMAN	X	X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS037	6	$284,700	$11,400	CCF24	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
Total	**Afiliados(2)**																						$1,184,700	$189,600			$1,184,700	$47,400			$1,184,700	$47,400			$1,184,700	$82,600		$0	$0		$367,000

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1629335882	9488300319	E	2025/07/09	2025/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$368,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$189,600	$800	$0	$190,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$189,600	$800	$0	$190,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$82,600	$400	$0	$83,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$82,600	$400	$0	$83,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$47,400	$200	$0	$47,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$47,400	$200	$0	$47,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$47,400	$300	$0	$47,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$36,000	$200	$0	$36,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$11,400	$100	$0	$11,500
TOTAL				**2**	**$367,000**	**$1,700**	**$0**	**$368,700**

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: CONSORCIO AGUAS CLARAS 1302 NI 901878008

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490046564	1680438256	Y	2025-08-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-25 a las 15:08.

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88348391	$1.144.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.500	0		0		0	0	0	0	462.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	592.000	0	0	0	0	0	0		592.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.200				90.200	0	0	90.200			902	90.200	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	462.500	462.500
Pensión	1	592.000	592.000
Riesgos Laborales	1	90.200	90.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.144.700	1.144.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88348391	$1.144.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS005	3.700.000	462.500	14-11	3.700.000	3	90.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO TRONCAL 4 NI 901550430

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490099041	1695862743	Y	2025-08-12	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	4		X															

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490227588	1695656732	Y	2025-08-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490033121	1679751429	Y	2025-08-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-25 a las 15:08.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79155799

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	INDUSTRIAS PZR SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	900707419
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	Teléfono	7038101
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Construcción de edificios no
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**7976699585**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	junio / 2025	Periodo Cotización Salud	julio / 2025
Dias de Mora	46	Fecha Pago	2025/08/19
Número Autorización	1711063966		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	RAUL MAURICIO	Apellidos	ZAMBRANO RAMIREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	79155799
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	REQ CUMP PENS
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 5.000.000	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS001-ALIANSALUD S.A.
Tarifa	4,000 %	IBC	$ 5.000.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 200.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 200.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-11 - ARL SURA
Clase de Riesgo	V	IBC	$ 5.000.000
Centro de Trabajo		Tarifa	6,960 %
		Total Aporte	**$ 348.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF22-COLSUBSIDIO	30	4,000 %	$ 5.000.000	$ 200.000

TOTAL PAGADO:	**$ 748.000**

Planilla Pagada

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1751851454	9489070481	I	2025/08/04	2025/09/04	BANCOOMEVA S.A.	31	$413,800

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1751851454	9489070481	I	2025/08/04	2025/09/04	BANCOOMEVA S.A.	31	$413,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$4,500	$0	$232,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$4,500	$0	$232,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,500	$0	$181,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$3,500	$0	$181,500
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$8,000**	**$0**	**$413,800**

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-21 a las 16:08.

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-21 a las 16:08.

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88139568	$1.778.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	278.400				278.400	0	0	278.400			2.784	278.400	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	160.000	0	0	160.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
80.000	0	0	80.000	2
ICBF				
120.000	0	0	120.000	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	278.400	278.400
CCF	1	160.000	160.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	120.000	120.000
MEN	0	0	0
SENA	1	80.000	80.000
TOTALES	7	1.778.400	1.778.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS		CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88139568	$1.778.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1733132137	9491046398	E	2025/08/12	2025/08/28	BANCOOMEVA S.A.	16	$1,424,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS	X																	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1000993111	HURTADO WILLIAM		X																230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
3	CC	1094246397	PARRA DARWIN	X																	230301	28	$1,328,600	$212,600	EPS037	28	$1,328,600	$53,200	CCF24	28	$1,328,600	$53,200	14-11	28	$1,328,600	$92,500	28	$0	$0	Si	$411,500
Total	**Afiliados(3)**																						$4,552,100	$728,400			$4,552,100	$182,200			$4,552,100	$182,200			$4,552,100	$316,900		$0	$0		$1,409,700

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1733132137	9491046398	E	2025/08/12	2025/08/28	BANCOOMEVA S.A.	16	$1,424,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$728,400	$7,400	$0	$735,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$728,400	$7,400	$0	$735,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$316,900	$3,300	$0	$320,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$316,900	$3,300	$0	$320,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$182,200	$1,900	$0	$184,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$182,200	$1,900	$0	$184,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$182,200	$2,000	$0	$184,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$72,000	$800	$0	$72,800
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$600	$0	$57,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$53,200	$600	$0	$53,800
TOTAL				**3**	**$1,409,700**	**$14,600**	**$0**	**$1,424,300**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$943,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: MONICA (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: SALON13 (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
1	CC	1082479720	HURTADO DUVAN	230301	29	$1,376,050	$220,200	EPS002	29	$1,376,050	$55,100	CCF22	29	$1,376,050	$55,100	14-23	29	$1,376,050	$95,800	29	$0	$0
2	CC	11304172	LEAL ELIECER		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	3090023	ROJAS HECTOR	25-14	23	$142,350	$22,800	EPS017	23	$142,350	$5,700	CCF22	23	$142,350	$5,700	14-23	23	$142,350	$10,000	23	$0	$0
Total			**Afiliados(3)**			**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$693,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$243,000	$3,700	$0	$246,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$22,800	$400	$0	$23,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$220,200	$3,300	$0	$223,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$5,700	$100	$0	$5,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$112,100	$1,700	$0	$113,800
TOTAL				**3**	**$933,500**	**$10,300**	**$0**	**$943,800**

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO AGUAS CLARAS 1302 NI 901878008

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30								A									
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30		T						C									
9491446063	1749724672	Y	2025-09-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490046564	1680438256	Y	2025-08-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491046117	1733119684	Y	2025-08-28	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490348736	1705144670	I	2025-08-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-09-08 a las 23:09.

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88348391	$1.144.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.500	0		0		0	0	0	0	462.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	592.000	0	0	0	0	0	0		592.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.200				90.200	0	0	90.200			902	90.200	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	462.500	462.500
Pensión	1	592.000	592.000
Riesgos Laborales	1	90.200	90.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.144.700	1.144.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-07	2025-07	I	05/08/2025	88348391	$1.144.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS005	3.700.000	462.500	14-11	3.700.000	3	90.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9489260510	1695357391	I	2025-08-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491239179	1742574675	Y	2025-09-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490033121	1679751429	Y	2025-08-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491046117	1733119684	Y	2025-08-28	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

APORTANTE: CONSORCIO TRONCAL 4 NI 901550430

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490099041	1695862743	Y	2025-08-12	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	4		X															

Certificado de Aportes

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490227588	1695656732	Y	2025-08-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-09-08 a las 23:09.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1751851454	9489070481	I	2025/08/04	2025/09/04	BANCOOMEVA S.A.	31	$413,800

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: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1751851454	9489070481	I	2025/08/04	2025/09/04	BANCOOMEVA S.A.	31	$413,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$4,500	$0	$232,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$4,500	$0	$232,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,500	$0	$181,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$3,500	$0	$181,500
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$8,000**	**$0**	**$413,800**

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-21 a las 16:08.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	
9488936236	1630036760	E	2025-07-15	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-06	30																	

Este certificado se expide el día 2025-08-21 a las 16:08.

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1777948587	9491788215	E	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$1,047,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1119391648	DUARTE JOSE	X																	230301	11	$521,950	$83,600	EPS010	11	$521,950	$20,900	CCF24	11	$521,950	$20,900	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$161,800
3	CC	1094246397	PARRA DARWIN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total	**Afiliados(3)**																						$3,368,950	$539,200			$3,368,950	$134,900			$3,368,950	$134,900			$3,368,950	$234,600		$0	$0		$1,043,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$943,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: MONICA (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: SALON13 (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**
1	CC	1082479720	HURTADO DUVAN	230301	29	$1,376,050	$220,200	EPS002	29	$1,376,050	$55,100	CCF22	29	$1,376,050	$55,100	14-23	29	$1,376,050	$95,800	29	$0	$0
2	CC	11304172	LEAL ELIECER		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	3090023	ROJAS HECTOR	25-14	23	$142,350	$22,800	EPS017	23	$142,350	$5,700	CCF22	23	$142,350	$5,700	14-23	23	$142,350	$10,000	23	$0	$0
Total			**Afiliados(3)**			**$1,518,400**	**$243,000**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$117,800**			**$2,941,900**	**$204,900**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901440105	0	PARDO GONZALEZ Y CONSTRUCCIONES SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	MONICA	CRA 88 50 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8279831	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	9490906061	9490906061	E	2025/08/04	2025/08/27	BANCO DE BOGOTA	23	$693,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$243,000	$3,700	$0	$246,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$22,800	$400	$0	$23,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$220,200	$3,300	$0	$223,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$204,900	$3,000	$0	$207,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$117,800	$1,800	$0	$119,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$5,700	$100	$0	$5,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$112,100	$1,700	$0	$113,800
TOTAL				**3**	**$933,500**	**$10,300**	**$0**	**$943,800**

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1777948587	9491788215	E	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$1,047,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$539,200	$2,100	$0	$541,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$539,200	$2,100	$0	$541,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$234,600	$900	$0	$235,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$234,600	$900	$0	$235,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$134,900	$600	$0	$135,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$134,900	$600	$0	$135,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$134,900	$700	$0	$135,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$20,900	$100	$0	$21,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$300	$0	$57,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$300	$0	$57,300
TOTAL				**3**	**$1,043,600**	**$4,300**	**$0**	**$1,047,900**

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491526807	1805501312	I	2025-09-29	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491788718	1777980592	Y	2025-09-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO AGUAS CLARAS 1302 NI 901878008

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30								A									
9491503134	9491503134	N	2025-09-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30		T						C									
9491446063	1749724672	Y	2025-09-03	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 13:10.

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89352469	$1.299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	525.000	0		0		0	0	0	0	525.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	672.000	0	0	0	0	0	0		672.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	102.400				102.400	0	0	102.400			1.024	102.400	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	525.000	525.000
Pensión	1	672.000	672.000
Riesgos Laborales	1	102.400	102.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.299.400	1.299.400

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-08	2025-08	I	03/09/2025	89352469	$1.299.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	525.000	14-11	4.200.000	3	102.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9492745591	1817145470	Y	2025-10-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491239179	1742574675	Y	2025-09-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491788718	1777980592	Y	2025-09-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491703232	1769415498	Y	2025-09-11	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490651466	1756451758	I	2025-09-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 13:10.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1758846329	9490420889	I	2025/09/02	2025/09/08	NU	6	$407,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1758846329	9490420889	I	2025/09/02	2025/09/08	NU	6	$407,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$900	$0	$228,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$1,600**	**$0**	**$407,400**

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 08:10.

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1777980592	9491788718	Y	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$873,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1020718924	BAUTISTA JOHN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
2	CC	80850300	BECERRA RICARDO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
3	CC	79957717	CONTRERAS CAMILO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
4	CC	80217108	ROJAS EDWIN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
5	CC	79155799	ZAMBRANO RAUL																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
Total	**Afiliados(5)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,500,000	$870,000		$0	$0		$870,000

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1777980592	9491788718	Y	2025/09/09	2025/09/15	BANCOOMEVA S.A.	6	$873,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$870,000	$3,300	$0	$873,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$870,000	$3,300	$0	$873,300
TOTAL				**5**	**$870,000**	**$3,300**	**$0**	**$873,300**

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	960.000	0	0	0	0	0	0		960.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	417.600				417.600	0	0	417.600			4.176	417.600	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	240.000	0	0	240.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
120.000	0	0	120.000	2
ICBF				
180.000	0	0	180.000	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	750.000	750.000
Pensión	1	960.000	960.000
Riesgos Laborales	1	417.600	417.600
CCF	1	240.000	240.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	180.000	180.000
MEN	0	0	0
SENA	1	120.000	120.000
TOTALES	7	2.667.600	2.667.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS		CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF22	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	
9490265069	1698198241	E	2025-08-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																	

Este certificado se expide el día 2025-10-06 a las 08:10.

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1871251182	9493653144	E	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,758,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1119391648	DUARTE JOSE																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	15619467	MIRANDA AMADO	X																	230301	21	$996,450	$159,500	ESSC24	21	$996,450	$39,900	CCF24	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
4	CC	78759813	MONTERROZA CARLOS	X																	230301	29	$1,740,000	$278,400	EPS042	29	$1,740,000	$69,600	CCF24	29	$1,740,000	$69,600	14-11	29	$1,740,000	$121,200	29	$0	$0	Si	$538,800
5	CC	1094246397	PARRA DARWIN		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF24	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
Total	**Afiliados(5)**																						$5,630,900	$901,100			$5,630,900	$225,400			$5,630,900	$225,400			$5,630,900	$392,200		$0	$0		$1,744,100

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1871251182	9493653144	E	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,758,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$901,100	$7,200	$0	$908,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$901,100	$7,200	$0	$908,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$392,200	$3,200	$0	$395,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$392,200	$3,200	$0	$395,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$225,400	$1,800	$0	$227,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$225,400	$1,800	$0	$227,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				5	$225,400	$2,100	$0	$227,500
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$69,600	$600	$0	$70,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$39,900	$400	$0	$40,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$500	$0	$57,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$500	$0	$57,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,900	$100	$0	$2,000
TOTAL				**5**	**$1,744,100**	**$14,300**	**$0**	**$1,758,400**

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	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	29/10/2025	90947671	$444.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	14	500	0	57.500	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	227.800	0	0	0	0	14	2.000	0	229.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	99.100				99.100	14	900	100.000			991	100.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.000	14	500	57.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	57.000	57.500
Pensión	1	227.800	229.800
Riesgos Laborales	1	99.100	100.000
CCF	1	57.000	57.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	440.900	444.800

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	900532560-0	ECAP INGENIERIA SAS		CL 148 98 40	3008444109	administrativo@ecapingenieria.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	29/10/2025	90947671	$444.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073670370	PERALES ARIAS ALEX	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493653821	1871324023	Y	2025-10-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493133497	1841680410	I	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

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

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	89950709	$1.301.900	

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	525.000	0		0		0	3	1.000	0	526.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	672.000	0	0	0	0	3	1.300	0	673.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	102.400				102.400	3	200	102.600			1.024	102.600	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	525.000	526.000
Pensión	1	672.000	673.300
Riesgos Laborales	1	102.400	102.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.299.400	1.301.900

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-09	2025-09	I	06/10/2025	89950709	$1.301.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N																	231001	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS005	4.200.000	525.000	14-11	4.200.000	3	102.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9494241100	1892283192	Y	2025-10-31	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9492745591	1817145470	Y	2025-10-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493653821	1871324023	Y	2025-10-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9492104229	1852030443	I	2025-10-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493205890	1850400613	Y	2025-10-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**8078120955**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1819044325

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.200	$ 0	$ 809.600	$ 10.200	$ 819.800
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 10.200**	**$ 819.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 200.000	$ 2.600	$ 0	$ 202.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 407.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 6.800	$ 0	$ 544.200
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 544.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 5.100	$ 407.500
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 5.100**	**$ 407.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.179.100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1860492136	9491880429	I	2025/10/02	2025/10/17	BANCO DAVIVIENDA	15	$409,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	80850300	BECERRA RICARDO																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS001	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80850300		BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 49a 94 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7036765	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1860492136	9491880429	I	2025/10/02	2025/10/17	BANCO DAVIVIENDA	15	$409,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$3,800**	**$0**	**$409,600**

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 08:11.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	
9491790598	1780962896	E	2025-09-16	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-04 a las 08:11.

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1871324023	9493653821	Y	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$877,000

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	1020718924	BAUTISTA JOHN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
2	CC	80850300	BECERRA RICARDO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
3	CC	79957717	CONTRERAS CAMILO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
4	CC	80217108	ROJAS EDWIN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
5	CC	79155799	ZAMBRANO RAUL																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
Total	**Afiliados(5)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,500,000	$870,000		$0	$0		$870,000

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1871324023	9493653821	Y	2025/10/09	2025/10/22	BANCOOMEVA S.A.	13	$877,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$870,000	$7,000	$0	$877,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$870,000	$7,000	$0	$877,000
TOTAL				**5**	**$870,000**	**$7,000**	**$0**	**$877,000**

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	960.000	0	0	0	0	0	0		960.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	417.600				417.600	0	0	417.600			4.176	417.600	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	240.000	0	0	240.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
120.000	0	0	120.000	2
ICBF				
180.000	0	0	180.000	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	750.000	750.000
Pensión	1	960.000	960.000
Riesgos Laborales	1	417.600	417.600
CCF	1	240.000	240.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	180.000	180.000
MEN	0	0	0
SENA	1	120.000	120.000
TOTALES	7	2.667.600	2.667.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS		CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	06/10/2025	90212163	$2.667.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. 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	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF22	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1946060222	9495096604	E	2025/11/12	2025/11/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$2,231,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1121326316	ABDALA JESUS	X																	230301	17	$806,650	$129,100	CCFC55	17	$806,650	$32,300	CCF24	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$0	$0	Si	$249,900
2	CC	1062354054	ALMENDRALES CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	1119391648	DUARTE JOSE		X																230301	6	$284,700	$45,600	EPS010	6	$284,700	$11,400	CCF24	6	$284,700	$11,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$88,300
4	CC	15619467	MIRANDA AMADO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC24	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1003005907	MONTAÑO ANDRES	X																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	CC	78759813	MONTERROZA CARLOS																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS042	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
Total	**Afiliados(6)**																						$7,161,850	$1,146,100			$7,161,850	$286,700			$7,161,850	$286,700			$7,161,850	$498,700		$0	$0		$2,218,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1946060222	9495096604	E	2025/11/12	2025/11/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$2,231,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$1,146,100	$6,500	$0	$1,152,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,146,100	$6,500	$0	$1,152,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$498,700	$2,900	$0	$501,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$498,700	$2,900	$0	$501,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,700	$1,700	$0	$288,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$286,700	$1,700	$0	$288,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				6	$286,700	$2,000	$0	$288,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$32,300	$200	$0	$32,500
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$72,000	$500	$0	$72,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$57,000	$400	$0	$57,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$11,400	$100	$0	$11,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$400	$0	$57,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
TOTAL				**6**	**$2,218,200**	**$13,100**	**$0**	**$2,231,300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1946072413	9495096828	Y	2025/11/12	2025/11/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$875,000

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	1020718924	BAUTISTA JOHN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
2	CC	80850300	BECERRA RICARDO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
3	CC	79957717	CONTRERAS CAMILO																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
4	CC	80217108	ROJAS EDWIN																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
5	CC	79155799	ZAMBRANO RAUL																			0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$174,000
Total	**Afiliados(5)**																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$12,500,000	$870,000		$0	$0		$870,000

2025/11/28 09:53 AM

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1946072413	9495096828	Y	2025/11/12	2025/11/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$875,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$870,000	$5,000	$0	$875,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$870,000	$5,000	$0	$875,000
TOTAL				**5**	**$870,000**	**$5,000**	**$0**	**$875,000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**8922481410**				TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO	2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/01				NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2235113889

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 809.600	$ 0	$ 809.600
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 0**	**$ 809.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 101.200
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 101.200
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 402.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 0	$ 0	$ 537.400
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 537.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 0	$ 402.400
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 0**	**$ 402.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.151.800

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9495543914	1960963369	I	2025-11-28	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9495543914	1960963369	I	2025-11-28	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9495543914	1960963369	I	2025-11-28	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9495096828	1946072413	Y	2025-11-21	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	

Este certificado se expide el día 2025-12-02 a las 04:12.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: PROYECTISTAS CONSTRUCTORES ASOCIADOS PCA SAS NI 901378906

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9495826604	1973400682	Y	2025-12-02	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	
9494241100	1892283192	Y	2025-10-31	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	

APORTANTE: CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NI 901901941

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9495096828	1946072413	Y	2025-11-21	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9493546099	1922041776	I	2025-11-12	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493546099	1922041776	I	2025-11-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493546099	1922041776	I	2025-11-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	

APORTANTE: JOYCO SAS. NI 860067561

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9494576058	1918304909	Y	2025-11-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	1		T															

Este certificado se expide el día 2025-12-02 a las 04:12.

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.com	SI
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	94331588	$2.667.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	960.000	0	0	0	0	0	0		960.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	417.600				417.600	0	0	417.600			4.176	417.600	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	240.000	0	0	240.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
120.000	0	0	120.000	2
ICBF				
180.000	0	0	180.000	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	750.000	750.000
Pensión	1	960.000	960.000
Riesgos Laborales	1	417.600	417.600
CCF	1	240.000	240.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	180.000	180.000
MEN	0	0	0
SENA	1	120.000	120.000
TOTALES	7	2.667.600	2.667.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	06/11/2025	94331588	$2.667.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Economiado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF22	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC	1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: UNION TEMPORAL ZONA 4 1713 NI 901947290

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9495523878	1959753239	E	2025-11-27	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30	X																
9495523878	1959753239	E	2025-11-27	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30	X																
9495523878	1959753239	E	2025-11-27	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30	X																
9495523878	1959753239	E	2025-11-27	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30	X																

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-28 a las 09:11.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO ENCOR PD 1850 NI 901901641

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9494736611	1928321096	E	2025-11-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	
9493137492	1842345618	E	2025-10-10	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	

Este certificado se expide el día 2025-11-28 a las 09:11.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**9887041254**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	20						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	3889047416		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.200	$ 0	$ 809.600	$ 10.200	$ 819.800
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 10.200**	**$ 819.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 200.000	$ 2.600	$ 0	$ 202.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 407.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 6.800	$ 0	$ 544.200
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 544.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 5.100	$ 407.500
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 5.100**	**$ 407.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.179.100

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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	325619238	9505043186	E	2026/05/12	2026/05/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$1,763,200

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	79376875	GARCIA EVELIO									X									230301	30	$2,853,818	$456,700	EPSC34	30	$2,853,818	$114,200	CCF24	30	$2,853,818	$114,200	14-11	30	$2,853,818	$198,700	30	$0	$0	Si	$883,800
2	CC	15619467	MIRANDA AMADO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	ESSC24	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	1003005907	MONTAÑO ANDRES		X																230301	18	$1,050,543	$168,100	EPS041	18	$1,050,543	$42,100	CCF24	18	$1,050,543	$42,100	14-11	18	$1,050,543	$73,200	18	$0	$0	Si	$325,500
Total	**Afiliados(3)**																						$5,655,266	$905,000			$5,655,266	$226,400			$5,655,266	$226,400			$5,655,266	$393,800		$0	$0		$1,751,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	325619238	9505043186	E	2026/05/12	2026/05/21	BANCOOMEVA S.A.	9	$1,763,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$905,000	$5,900	$0	$910,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$905,000	$5,900	$0	$910,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$393,800	$2,600	$0	$396,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$393,800	$2,600	$0	$396,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$226,400	$1,500	$0	$227,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$226,400	$1,500	$0	$227,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$226,400	$1,600	$0	$228,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$114,200	$800	$0	$115,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$70,100	$500	$0	$70,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$42,100	$300	$0	$42,400
TOTAL				**3**	**$1,751,600**	**$11,600**	**$0**	**$1,763,200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**9991245744**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	16						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	4422153289		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.200	$ 0	$ 809.600	$ 10.200	$ 819.800
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 10.200**	**$ 819.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 200.000	$ 2.600	$ 0	$ 202.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 407.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 6.800	$ 0	$ 544.200
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 544.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 5.100	$ 407.500
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 5.100**	**$ 407.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9503433671	322480615	I	2026-05-20	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503433671	322480615	I	2026-05-20	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503433671	322480615	I	2026-05-20	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

Este certificado se expide el día 2026-05-20 a las 11:05.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9503419105	286824851	I	2026-05-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503419105	286824851	I	2026-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503419105	286824851	I	2026-05-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

Este certificado se expide el día 2026-05-20 a las 11:05.

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	05/05/2026	99723411	$1.144.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.500	0		0		0	0	0	0	462.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	592.000	0	0	0	0	0	0		592.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.200				90.200	0	0	90.200			902	90.200	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	462.500	462.500
Pensión	1	592.000	592.000
Riesgos Laborales	1	90.200	90.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.144.700	1.144.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-05	2026-05	I	05/05/2026	99723411	$1.144.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS005	3.700.000	462.500	14-11	3.700.000	3	90.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ identificado(a) con CC 80850300 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO SAN DIEGO RA 1504 NI 901896310

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9505526806	366754642	Y	2026-06-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504350169	303022045	Y	2026-05-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

APORTANTE: BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO CC 80850300

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504771418	366741554	I	2026-06-05	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504771418	366741554	I	2026-06-05	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9503207771	302990206	I	2026-05-12	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503207771	302990206	I	2026-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

APORTANTE: CONSORCIO INTERVENTORIA MOLINOS II NI 901781918

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504669290	305357685	Y	2026-05-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30	X																

Este certificado se expide el día 2026-06-11 a las 21:06.

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: UNION TEMPORAL ZONA 4 1713 NI 901947290																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9503684171	250030175	E	2026-04-24	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																		
9503684171	250030175	E	2026-04-24	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		
9503684171	250030175	E	2026-04-24	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		
9503684171	250030175	E	2026-04-24	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																		

Este certificado se expide el día 2026-05-20 a las 10:05.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO FUGAS WCP 1952 NI 901948799

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504395346	308152758	E	2026-05-14	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9504395346	308152758	E	2026-05-14	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	
9504395346	308152758	E	2026-05-14	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	
9504395346	308152758	E	2026-05-14	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-03	30																	

Este certificado se expide el día 2026-05-20 a las 10:05.

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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
		75170112	14/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$13,610,000	$6.051.100	

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	475.000	0		0		0	0	0	0	475.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	287.500	0		0		0	0	0	0	287.500	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	438.800	0		0		0	0	0	0	438.800	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	608.000	0	0	0	0	0	0		608.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.008.000	0	0	0	0	0	0		1.008.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	561.600	0	0	0	0	0	0		561.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	947.300				947.300	0	0	947.300			9.473	947.300	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	544.400	0	0	544.400	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
272.200	0	0	272.200	4
ICBF				
408.300	0	0	408.300	4
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.701.300	1.701.300
Pensión	3	2.177.600	2.177.600
Riesgos Laborales	1	947.300	947.300
CCF	1	544.400	544.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	408.300	408.300
MEN	0	0	0
SENA	1	272.200	272.200
TOTALES	11	6.051.100	6.051.100

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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
		75170112	14/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$13,610,000	$6.051.100	

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	Estimado	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 1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF22	4.000.000	30	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC 1018482286	ACOSTA ARIZA MANUELA ALEJANDRA	1	0			N																	25-14	3.510.000	30	561.600	0	0	0	0	EPS037	3.510.000	30	438.800	14-11	3.510.000	30	5	244.300	CCF22	3.510.000	30	140.400	3.510.000	70.200	105.300	0	0
3	CC 1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.300.000	30	368.000	0	0	0	0	EPS017	2.300.000	30	287.500	14-11	2.300.000	30	5	160.100	CCF22	2.300.000	30	92.000	2.300.000	46.000	69.000	0	0
4	CC 1096198523	HERRERA SMITH ELKIN ELI	1	0			N																	230201	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS002	3.800.000	30	475.000	14-11	3.800.000	30	5	264.500	CCF22	3.800.000	30	152.000	3.800.000	76.000	114.000	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 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	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	415364291	9505502308	E	2026/06/10	2026/06/23	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,501,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79376875	GARCIA EVELIO																		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPSC34	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
2	CC	15619467	MIRANDA AMADO									X									230301	30	$3,002,314	$480,400	ESSC24	30	$3,002,314	$120,100	CCF24	30	$3,002,314	$120,100	14-11	30	$3,002,314	$209,000	30	$0	$0	Si	$929,600
Total	**Afiliados(2)**																						$4,802,314	$768,400			$4,802,314	$192,100			$4,802,314	$192,100			$4,802,314	$334,300		$0	$0		$1,486,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901901941	0	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	CRA 49 a # 94 76 of 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4672931	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	415364291	9505502308	E	2026/06/10	2026/06/23	BANCOOMEVA S.A.	13	$1,501,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$768,400	$7,400	$0	$775,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$768,400	$7,400	$0	$775,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$334,300	$3,200	$0	$337,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$334,300	$3,200	$0	$337,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$192,100	$1,900	$0	$194,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$192,100	$1,900	$0	$194,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$192,100	$1,900	$0	$194,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$72,000	$700	$0	$72,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$120,100	$1,200	$0	$121,300
TOTAL				**2**	**$1,486,900**	**$14,400**	**$0**	**$1,501,300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900707419
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INDUSTRIAS PZR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO. 14-48 OF. 601	TELÉFONO:	7038101
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**9998833712**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	16						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	4389153987		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 809.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.200	$ 0	$ 809.600	$ 10.200	$ 819.800
SUBTOTALES:										**$ 809.600**	**$ 10.200**	**$ 819.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 200.000	$ 2.600	$ 0	$ 202.600
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 101.200	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 101.200	$ 1.300	$ 0	$ 102.500
SUBTOTALES:													**$ 402.400**	**$ 5.200**	**$ 0**	**$ 407.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 537.400	$ 537.400	$ 6.800	$ 0	$ 544.200
SUBTOTALES:									**$ 537.400**	**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 544.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	3	$ 402.400	$ 5.100	$ 407.500
SUBTOTALES:			**$ 402.400**	**$ 5.100**	**$ 407.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1012409360	HERNANDEZ MACIAS JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 13.300	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1052410660	PINZON ORTIZ MILLER DANILO	DEPEND		$ 2.530.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.530.000	$ 404.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.800	NUEVA EPS CM	30	$ 2.530.000	$ 101.200	$ 0	$ 101.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.530.000		$ 176.100	30	$ 2.530.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 101.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 79155799	ZAMBRANO RAMIREZ RAUL MAURICIO	DEPEND	REQ CUMP PENS	$ 5.000.000	FIJO			SI																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 5.000.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.000.000		$ 348.000	30	$ 5.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.179.100

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9899133622	425580358	I	2026-06-22	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9899133622	425580358	I	2026-06-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9899133622	425580358	I	2026-06-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	

Este certificado se expide el día 2026-06-22 a las 10:13.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9878129122	329874811	I	2026-06-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9878129122	329874811	I	2026-06-19	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9878129122	329874811	I	2026-06-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	

Este certificado se expide el día 2026-06-23 a las 08:09.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS identificado(a) con CC 79957717 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: JOYCO CONSULTORES S.A.S. NI 900676433

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9505887557	357366023	E	2026-06-02	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	24	X																
9505887557	357366023	E	2026-06-02	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	24	X																
9505887557	357366023	E	2026-06-02	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	24	X																
9505887557	357366023	E	2026-06-02	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	24	X																

APORTANTE: CONTRERAS ROJAS CAMILO ANDRES CC 79957717

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504869531	385779764	I	2026-06-12	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504869531	385779764	I	2026-06-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504869531	385779764	I	2026-06-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	

Este certificado se expide el día 2026-06-25 a las 16:06.

Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ identificado(a) con CC 1020718924 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO CC 1020718924																												
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																		
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		
9505026250	404229137	I	2026-06-19	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																			
9505026250	404229137	I	2026-06-19	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																			
9505026250	404229137	I	2026-06-19	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																			

Este certificado se expide el día 2026-06-25 a las 16:06.

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	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ	cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	05/05/2026	99723411	$1.144.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.500	0		0		0	0	0	0	462.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	592.000	0	0	0	0	0	0		592.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.200				90.200	0	0	90.200			902	90.200	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	462.500	462.500
Pensión	1	592.000	592.000
Riesgos Laborales	1	90.200	90.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.144.700	1.144.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	80217108	EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ		cra 68A#24 b-10 to Rodin OFC 515	4774235	gerencia@duvana.com.co	
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)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-05	2026-05	I	05/05/2026	99723411	$1.144.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	80217108	ROJAS GONZALEZ EDWIN FERNEY	57	0			N							X										231001	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS005	3.700.000	462.500	14-11	3.700.000	3	90.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificado de Aportes

Se certifica que RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ identificado(a) con CC 80850300 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO SAN DIEGO RA 1504 NI 901896310

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9505526806	366754642	Y	2026-06-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504350169	303022045	Y	2026-05-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

APORTANTE: BECERRA GUTIERREZ RICARDO ALBERTO CC 80850300

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504771418	366741554	I	2026-06-05	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9504771418	366741554	I	2026-06-05	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9503207771	302990206	I	2026-05-12	EPS	EPS001	ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9503207771	302990206	I	2026-05-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

APORTANTE: CONSORCIO INTERVENTORIA MOLINOS II NI 901781918

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9504669290	305357685	Y	2026-05-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30	X																

Este certificado se expide el día 2026-06-11 a las 21:06.

Certificado de Aportes

Se certifica que ADRIANA PICO CASTAÑEDA identificado(a) con CC 39655442 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: UNION TEMPORAL ZONA 4 1713 NI 901947290																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9506855710	417052593	E	2026-06-24	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-06	30																	
9506855710	417052593	E	2026-06-24	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9506855710	417052593	E	2026-06-24	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9506855710	417052593	E	2026-06-24	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9505019079	325355213	E	2026-05-21	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9505019079	325355213	E	2026-05-21	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9505019079	325355213	E	2026-05-21	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9505019079	325355213	E	2026-05-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

Este certificado se expide el día 2026-06-25 a las 11:06.

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1073160795 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CONSORCIO FUGAS WCP 1952 NI 901948799

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9505021114	325373048	E	2026-05-21	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-05	30																	
9505021114	325373048	E	2026-05-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9505021114	325373048	E	2026-05-21	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	
9505021114	325373048	E	2026-05-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30																	

Este certificado se expide el día 2026-06-24 a las 10:06.

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	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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
		87001205	17/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$15,360,905	$6.855.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	475.000	0		0		0	5	1.800	0	476.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	5	1.900	0	501.900	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	287.500	0		0		0	5	1.100	0	288.600	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	657.700	0		0		0	5	2.500	0	660.200	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	608.000	0	0	0	0	5	2.300	0	610.300	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.288.200	0	0	0	0	5	4.800	0	1.293.000	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	561.600	0	0	0	0	5	2.100	0	563.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.069.200				1.069.200	5	4.000	1.073.200			10.692	1.073.200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	614.500	5	2.300	616.800	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
307.300	5	1.200	308.500	5
ICBF				
460.900	5	1.700	462.600	5
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.920.200	1.927.500
Pensión	3	2.457.800	2.467.000
Riesgos Laborales	1	1.069.200	1.073.200
CCF	1	614.500	616.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	460.900	462.600
MEN	0	0	0
SENA	1	307.300	308.500
TOTALES	11	6.829.900	6.855.600

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
NI	901864253-2	MAGNUS INGENIERIA SAS	CR 73 NO. 152 B - 65 TO 4 AP 1405	3124903795	magnusingenieria@yahoo.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
		87001205	17/06/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-05	E	$15,360,905	$6.855.600	

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	Estudiado	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 1006796608	GUEVARA MAHECHA ALVARO SMITH	1	0			N																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF22	4.000.000	30	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
2	CC 1007197386	VIDUEÑEZ VACA ELKIN JAVIER	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
3	CC 1018482286	ACOSTA ARIZA MANUELA ALEJANDRA	1	0			N																	25-14	3.510.000	30	561.600	0	0	0	0	EPS037	3.510.000	30	438.800	14-11	3.510.000	30	5	244.300	CCF22	3.510.000	30	140.400	3.510.000	70.200	105.300	0	0
4	CC 1072073512	BELTRAN RODRIGUEZ YIMER ANDREY	1	0			N																	230301	2.300.000	30	368.000	0	0	0	0	EPS017	2.300.000	30	287.500	14-11	2.300.000	30	5	160.100	CCF22	2.300.000	30	92.000	2.300.000	46.000	69.000	0	0
5	CC 1096198523	HERRERA SMITH ELKIN ELI	1	0			N																	230201	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS002	3.800.000	30	475.000	14-11	3.800.000	30	5	264.500	CCF22	3.800.000	30	152.000	3.800.000	76.000	114.000	0	0

PAGADA

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

ANEXO SST 7. RETIROS DE PERSONAL

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. 80.850.300
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. 80.850.300
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. 80.217.108
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. 80.217.108
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. 79.957.717
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialme



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. 79.957.717
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. 1.020.718.924
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialme



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. 1.020.718.924
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. 79.155.799
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

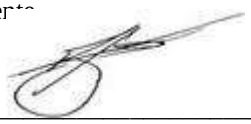
Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

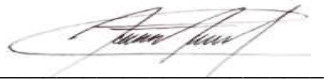
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. 79.155.799
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. 39.655.442
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

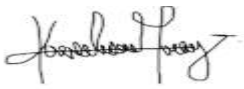
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. 39.655.442
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. 1.073.160.795
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. 1.073.160.795
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. 1.006.796.608
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

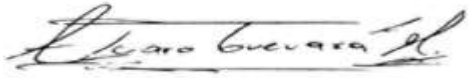
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. 1.006.796.608
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. 1.096.198.523
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:

__ YIMER BELTRAN _____
YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. 1.096.198.523
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

Señor(a):
EVELIO GARCIA CACERES
C.C. 79.376.875
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
EVELIO GARCIA CACERES
C.C. 79.376.875
Fecha: 23 de junio de 2026

Bogotá D.C., 21 de abril de 2026

Señor(a):
ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. 1.003.005.907
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

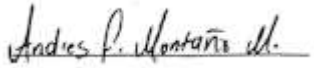
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. 1.003.005.907
Fecha: 21 de abril de 2026

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

Señor(a):
CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. 1.062.354.054
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. 1.062.354.054
Fecha: 29 de noviembre de 2025

Bogotá D.C., 4 de julio de 2026

Señor(a):
AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. 15.619.467
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

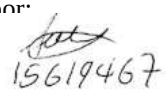
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. 15.619.467
Fecha: 4 de julio de 2026

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

Señor(a):
CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. 78.759.813
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

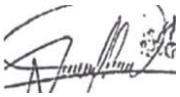
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. 78.759.813
Fecha: 29 de noviembre de 2025

Bogotá D.C., 4 de noviembre de 2025

Señor(a):
JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. 1.121.326.316
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. 1.121.326.316
Fecha: 4 de noviembre de 2025

Bogotá D.C., 30 de agosto de 2025

Señor(a):
DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. 1.094.246.397
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. 1.094.246.397
Fecha: 30 de agosto de 2025

Bogotá D.C., 4 de octubre de 2025

Señor(a):
JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. 1.119.391.648
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

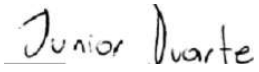
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. 1.119.391.648
Fecha: 4 de octubre de 2025

Bogotá D.C., 30 de julio de 2025

Señor(a):
WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. 1.000.993.111
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. 1.000.993.111
Fecha: 30 de julio de 2025

Bogotá D.C., 22 de agosto de 2025

Señor(a):
GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. 1.047.477.076
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. 1.047.477.076
Fecha: 22 de agosto de 2025

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

Señor(a):
ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO
C.C. 1.024.491.542
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

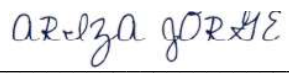
Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:



_____
ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO
C.C. 1.024.491.542
Fecha: 11 de octubre de 2025

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

Señor(a):
PERALES ARIAS ALEX
C.C. 1.073.670.370
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:

ALEX PERALES
_____
PERALES ARIAS ALEX
C.C. 1.073.670.370
Fecha: 11 de octubre de 2025

Bogotá D.C., 31 de julio de 2025

Señor(a):
LEAL ELIECER
C.C. 11.304.172
Ciudad

Por medio de la presente se le informa que a partir de la fecha tiene 5 días para realizarse los exámenes de egreso del Consorcio.

Exámenes a realizar:

Examen médico énfasis osteomuscular
Audiometría
Visiometría

Favor informar qué día se realizarán dichos exámenes para enviar la orden a la IPS Lecmac Medic, Dir.: Cra 41B # 9 – 11, cerca de San Andresito de la 38.

Sin otro particular, agradeciendo la atención prestada,

Cordialmente,



_____
RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

Recibido por:

LEAL ELIECER
_____
LEAL ELIECER
C.C. 11.304.172
Fecha: 31 de julio de 2025

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Ricardo Alberto Becerra Gutierrez** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.850.300, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Edwin Ferney Rojas Gonzalez** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.217.108, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Camilo Andres Contreras Rojas** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.957.717, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **John Gerardo Bautista Hernandez** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.718.924, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Raul Mauricio Zambrano Ramirez** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.155.799, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que la señora **Adriana Pico Castañeda** identificada con cédula de ciudadanía No. 39.655.442, ha sido retirada del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que la señora **Consuelo Riaño Hernandez** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.073.160.795, ha sido retirada del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Alvaro Smith Guevara Mahecha** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.006.796.608, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Yimer Andrey Beltrán Rodriguez** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.096.198.523, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Evelio Garcia Caceres** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.376.875, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 23 de junio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 21 de abril de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Andres Felipe Montaño Mestra** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.003.005.907, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 21 de abril de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Carlos Enrique Almendrales Sanchez** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.062.354.054, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 29 de noviembre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 04 de julio de 2026

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Amado Miranda Diaz** identificado con cédula de ciudadanía No. 15.619.467, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 04 de julio de 2026.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Carlos Alberto Monterroza Gonzalez** identificado con cédula de ciudadanía No. 78.759.813, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 29 de noviembre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 04 de noviembre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Jesus Arafath Abdala Villafaña** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.326.316, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 04 de noviembre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 30 de agosto de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Darwin de Jesus Parra Sierra** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.246.397, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 30 de agosto de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 04 de octubre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Jose Junior Duarte Crismat** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.119.391.648, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 04 de octubre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 30 de julio de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **William Fernando Hurtado Campos** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.000.993.111, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 30 de julio de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 22 de agosto de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **German Alonso Ortiz Narvaez** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.047.477.076, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 22 de agosto de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Jorge Orlando Ariza Ariza** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.491.542, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 11 de octubre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Alex Perales Arias** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.670.370, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 11 de octubre de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

Bogotá D.C., 31 de julio de 2025

SEÑORES

JVM INGENIERIA SAS BIC.
BOGOTA

Por medio del presente, nos permitimos informar a ustedes que el señor **Eliecer Leal** identificado con cédula de ciudadanía No. 11.304.172, ha sido retirado del equipo de trabajo del proyecto SALÓN COMUNAL 013, a partir del día 31 de julio de 2025.
La presente notificación se realiza en cumplimiento de lo estipulado en el contrato y con el fin de mantener actualizada la información del personal vinculado al proyecto bajo su supervisión.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier observación adicional.

Cordialmente,



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013

ANEXO SST 8. SIMULACRO

ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA – FDLPA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ DC
SECRETARÍA DE GOBIERNO
Alcaldía Local de Puente Aranda

BOGOTÁ

INFORME DE SIMULACRO DE EMERGENCIAS

SIMULACRO BOGOTÁ 2025

CONTRATO DE OBRA No. 847 DE 2024

OBJETO: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL SALÓN COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTÁ D.C."

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT: 901-901-941-0

FECHA DEL SIMULACRO: 22 DE OCTUBRE DE 2025

ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

TIPO DE DOCUMENTO	Informe de Simulacro de Emergencias – Anexo SST
FECHA DE ELABORACIÓN	Octubre de 2025
ELABORADO POR	Profesional SST – Consuelo Riaño

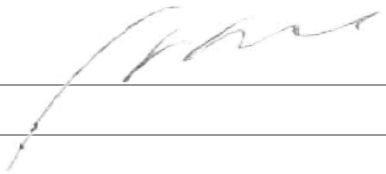
Fuente: Elaboración Consorcio Salón Comunal 013

ELABORACIÓN Y APROBACIÓN

Elaboró	Revisó	Aprobó
Profesional SST	Residente de Obra	Director de Obra
CONSUELO RIAÑO	EDWIN FERNEY ROJAS GONZÁLEZ	RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIÉRREZ
		
Firma	Firma	Firma

Fuente: Elaboración Consorcio Salón Comunal 013

APROBACIÓN DE INTERVENTORÍA

	Revisado y aprobado por
	Director de Interventoría
	FABIAN RADA SEGURA
	
	Firma

Fuente: Elaboración Consorcio Salón Comunal 013

CONTENIDO

1	Objetivo
2	Alcance
3	Información general
4	Escenario de emergencia simulado
5	Planeación y preparación
6	Recursos utilizados
7	Desarrollo del simulacro
8	Resultados y tiempos de respuesta
9	Evaluación del ejercicio
10	Fortalezas identificadas
11	Hallazgos y oportunidades de mejora
12	Plan de acciones de mejora
13	Conclusiones
14	Registro fotográfico
15	Anexos

INTRODUCCIÓN

La preparación para emergencias es un componente esencial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de toda obra de construcción. Un proyecto en ejecución reúne condiciones que aumentan la exposición a eventos como sismos, incendios, colapsos de estructuras temporales, caídas de altura o accidentes con maquinaria, y por ello el personal debe conocer y haber practicado previamente cómo actuar.

En este contexto, el Consorcio Salón Comunal 013, ejecutor del contrato de obra No. 847 de 2024 para la construcción del Salón Comunal del barrio Corkidi, en la localidad de Puente Aranda, participó el 22 de octubre de 2025 en el Simulacro Bogotá 2025, ejercicio anual de preparación liderado por el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (IDIGER) y la Alcaldía Mayor de Bogotá.

El presente informe documenta la planeación, el desarrollo, los resultados y la evaluación del ejercicio realizado en la obra, así como los hallazgos y el plan de acciones de mejora derivados de él, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta del personal y el Plan de Emergencias del proyecto.

RESUMEN DEL EJERCICIO

11 personas evacuadas	**100 %** de participación	**2 min** hasta el punto de encuentro	**87,5 %** resultado global

Fuente: Elaboración Consorcio Salón Comunal 013

1. OBJETIVO

1.1. Objetivo general

Evaluar y fortalecer la capacidad de respuesta ante una situación de emergencia, verificando que las personas conozcan los procedimientos establecidos, las rutas de evacuación y los puntos de encuentro. Además, permite identificar oportunidades de mejora, corregir posibles fallas y garantizar una respuesta rápida, organizada y segura ante una emergencia real.

1.2. Objetivos específicos

- Poner en práctica el procedimiento de evacuación de la obra, desde la activación de la alarma hasta la llegada al punto de encuentro.
- Medir el tiempo de evacuación y verificar el conteo del personal presente en obra.
- Comprobar que la señal de alarma sea percibida por todas las personas y que se entienda como orden de evacuación.
- Verificar el estado y la disponibilidad de las rutas de evacuación, la señalización y el punto de encuentro.
- Sensibilizar a los trabajadores sobre la importancia de participar en los simulacros.
- Identificar hallazgos y definir acciones de mejora para el Plan de Emergencias de la obra.
- Cumplir con el compromiso de participación en el Simulacro Bogotá 2025 del IDIGER.

2. ALCANCE

2.1. Alcance del ejercicio

El ejercicio aplicó a todo el personal presente en la obra de construcción del Salón Comunal del barrio Corkidi al momento de la activación: personal del Consorcio Salón Comunal 013, profesionales de apoyo y demás personas presentes. Comprendió la activación de la alarma, la evacuación por las rutas definidas, la llegada al punto de encuentro, el llamado a lista y la socialización final. No incluyó la atención de lesionados ni la intervención de organismos de socorro externos.

2.2. Marco normativo de referencia

Norma	Aspecto aplicable
Ley 1523 de 2012	Política nacional de gestión del riesgo de desastres y Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.
Decreto 1072 de 2015 (art. 2.2.4.6.25)	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias dentro del SG-SST.
Resolución 0312 de 2019	Estándares mínimos del SG-SST: plan de emergencias, simulacros y brigada.
Decreto 2157 de 2017	Directrices para la elaboración del plan de gestión del riesgo de desastres de entidades públicas y privadas.
Simulacro Bogotá 2025 – IDIGER	Ejercicio distrital de preparación del 22 de octubre de 2025.

3. INFORMACIÓN GENERAL

3.1. Datos del ejercicio

Proyecto	Construcción del Salón Comunal del barrio Corkidi, localidad de Puente Aranda, Bogotá D.C.
Contrato de obra	No. 847 de 2024 – Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda (FDLPA)
Contratista	Consorcio Salón Comunal 013 – NIT 901-901-941-0
Ubicación de la obra	Avenida Calle 3 No. 38B – 51, barrio Corkidi, Puente Aranda, Bogotá D.C.
Evento de referencia	Simulacro Bogotá 2025 – IDIGER
Tipo de ejercicio	Simulacro de evacuación con activación de alarma
Fecha del simulacro	22 de octubre de 2025
Hora de inicio / fin	10:30 a. m. / 10:40 a. m.
Duración del ejercicio	10 minutos
Responsable del ejercicio	Consuelo Riaño – Profesional SST
Personal participante	11 personas (ver registro de asistencia, Anexo B)
Formato de registro	CSA-SST-FO-12 – Registro de Asistencia

3.2. Características de la obra relevantes para la emergencia

La obra corresponde a la construcción de un salón comunal en un lote del barrio Corkidi, con frente sobre la Avenida Calle 3. Se encuentra cerrada con cerramiento en malla y portón de acceso, con acopios de material, andamios y zonas de trabajo en distintos frentes. Estas condiciones se consideraron para definir las rutas, el punto de encuentro y las señales del ejercicio.

3.3. Organización del ejercicio

Rol	Responsabilidad
Coordinadora del ejercicio (Profesional SST)	Planear, activar la alarma, dirigir el ejercicio, cronometrar tiempos y elaborar el informe.
Residente de obra	Garantizar la participación del personal y la disponibilidad de las rutas y accesos.
Profesional social	Apoyar la convocatoria y la observación del ejercicio.
Personal de obra	Suspender labores, evacuar por las rutas y atender las indicaciones.
Guías de evacuación	Orientar al personal hacia el punto de encuentro y verificar que las áreas queden desocupadas.

4. ESCENARIO DE EMERGENCIA SIMULADO

Se simuló un evento sísmico de magnitud considerable durante la jornada laboral, con afectación de la estabilidad de las áreas de trabajo, que hacía necesaria la evacuación total e inmediata del personal hacia el punto de encuentro definido en el Plan de Emergencias de la obra.

Amenaza simulada	Sismo con posible afectación de estructuras temporales, acopios y zonas de trabajo.
Hora del evento	10:30 a. m., en plena jornada de trabajo.
Respuesta esperada	Suspender labores, atender la señal, evacuar en orden y llegar al punto de encuentro.
Señal de activación	Alarma y señal de evacuación accionadas por el Área SST.
Condición especial	Personal distribuido en distintos frentes de obra al momento de la activación.
Meta de tiempo	Llegada al punto de encuentro en un máximo de 3 minutos.

Al tratarse de una obra en ejecución, se consideraron los riesgos propios de la actividad: materiales apilados, andamios, excavaciones y acopios, así como el tránsito de personas y vehículos en el acceso.

5. PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN

5.1. Actividades previas

Actividad	Fecha	Responsable	Evidencia
Inscripción y vinculación de la obra al Simulacro Bogotá 2025	Octubre 2025	Profesional SST	Constancia IDIGER (Anexo A)

Actividad	Fecha	Responsable	Evidencia
Definición del escenario, señal de activación y rutas	Octubre 2025	Profesional SST	Este informe
Socialización del punto de encuentro (5 min, 6 asistentes)	20/10/2025 – 8:00 a. m.	Profesional SST	Registro CSA-SST-FO-12 (Anexo C)
Verificación de señalización, accesos y camillas	Previo al ejercicio	Profesional SST / Residente	Registro fotográfico
Asignación de responsabilidades	Previo al ejercicio	Profesional SST	Registro de asistencia (Anexo B)

5.2. Procedimiento de evacuación

- Al escuchar la alarma, suspender de inmediato la labor, apagar equipos y herramientas eléctricas.
- Mantener la calma, no correr, no devolverse por objetos personales.
- Seguir las rutas de evacuación señalizadas y las indicaciones de los guías.
- Dirigirse al punto de encuentro y no abandonarlo hasta que el Área SST lo indique.
- Atender el llamado a lista y reportar cualquier persona faltante o novedad.
- No regresar a la obra hasta recibir autorización del responsable del ejercicio.

6. RECURSOS UTILIZADOS

Tipo de recurso	Descripción
Humanos	11 participantes en obra; Profesional SST como coordinadora del ejercicio; apoyo del equipo del Consorcio.
Técnicos	Alarma y señal de evacuación; listado de personal presente en obra; cronometraje del tiempo de llegada.
Físicos	Punto de encuentro señalizado; rutas de evacuación despejadas; camillas rígidas y elementos de primeros auxilios; cerramiento con portón de acceso.
Protección personal	Casco, chaleco o camisa de alta visibilidad, guantes y calzado de seguridad.
Documentales	Registros de asistencia CSA-SST-FO-12; constancia de participación del IDIGER; registro fotográfico.

7. DESARROLLO DEL SIMULACRO

El ejercicio se desarrolló según la siguiente secuencia:

Hora	Etapa	Actividad
10:30 a. m.	Activación	El Área SST activa la alarma y la señal de evacuación. El personal suspende sus labores.

Hora	Etapa	Actividad
10:30 – 10:32	Evacuación	Evacuación de las 11 personas presentes por las rutas definidas, en orden y sin correr.
10:32 a. m.	Llegada	El personal llega al punto de encuentro, 2 minutos después de la activación de las alarmas.
10:32 – 10:36	Conteo	Se llama lista del personal presente en obra y se verifica que todos estén en el punto de encuentro.
10:36 – 10:40	Socialización	Se socializa la importancia de participar en los simulacros y sus objetivos.
10:40 a. m.	Cierre	Cierre del ejercicio y diligenciamiento del registro de asistencia.



Gráfica 1. Línea de tiempo del simulacro. Fuente: Consorcio Salón Comunal 013

7.1. Descripción por etapas

Activación: el Área SST accionó la alarma y la señal de evacuación a las 10:30 a. m. El personal atendió la señal de inmediato y suspendió las labores en curso.

Evacuación: las 11 personas presentes se desplazaron por las rutas definidas hacia el punto de encuentro, con elementos de protección personal puestos, en orden y sin aglomeraciones.

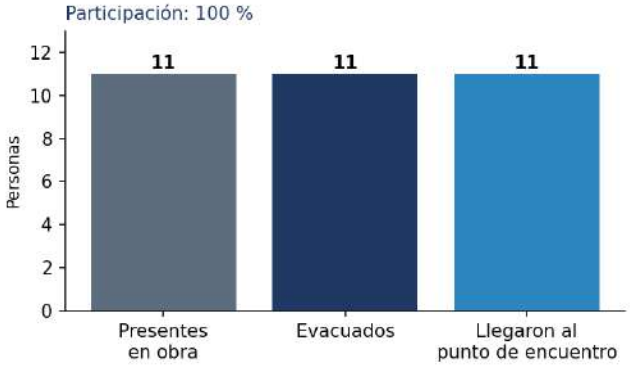
Punto de encuentro: el grupo llegó 2 minutos después de la activación. Se llamó lista del personal presente y se confirmó que todos estaban en el punto.

Socialización: el Área SST explicó la importancia de participar en los simulacros, los objetivos del ejercicio y la actuación esperada ante una emergencia real, y recogió comentarios de los participantes.

8. RESULTADOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA

Indicador	Resultado	Cálculo / meta
Personal presente en obra	11 personas	Según registro de asistencia
Personal evacuado	11 personas	–
Personal no evacuado	0	Meta: 0

Indicador	Resultado	Cálculo / meta
Cobertura de evacuación	100 %	11 evacuados ÷ 11 presentes × 100
Tiempo de llegada al punto de encuentro	2 minutos	Meta: ≤ 3 minutos
Llamado a lista	Realizado	Personal completo
Duración total del ejercicio	10 minutos	10:30 a 10:40 a. m.
Socialización de importancia y objetivos	Realizada	Al finalizar el ejercicio



Gráfica 2. Participación en el simulacro. Fuente: Consorcio Salón Comunal 013

El tiempo de 2 minutos hasta el punto de encuentro cumple la meta y se considera adecuado para las dimensiones de la obra y la cantidad de personal. Evidencia además conocimiento previo de la ruta, reforzado con la socialización realizada dos días antes del ejercicio.

9. EVALUACIÓN DEL EJERCICIO

Cada aspecto se calificó de 1 (deficiente) a 5 (excelente) con base en la observación directa del Área SST.

Aspecto evaluado	Nota	Valoración	Observación
Activación de alarma y señal de evacuación	5	Cumple	Señal percibida por todo el personal.
Respuesta inmediata del personal	5	Cumple	Suspensión de labores sin demora.
Uso de rutas de evacuación	4	Cumple	Rutas transitables; reforzar señalización.
Tiempo de evacuación	5	Cumple	2 minutos, dentro de la meta.
Llamado a lista y conteo	5	Cumple	Conteo completo del personal.
Conocimiento del punto de encuentro	5	Cumple	Reforzado con socialización previa.
Identificación de roles de emergencia	3	Por mejorar	Roles sin distintivo visible.

Aspecto evaluado	Nota	Valoración	Observación
Ejercicio de primeros auxilios / rescate	3	Por mejorar	No se simularon víctimas ni traslado en camilla.

Resultado global: 35 de 40 puntos posibles (87,5 %), nivel de desempeño alto. El ejercicio cumplió sus objetivos y permitió identificar mejoras puntuales en roles de emergencia y atención de lesionados.

10. FORTALEZAS IDENTIFICADAS

No.	Fortaleza	Evidencia
1	Alta participación	El 100 % del personal presente evacuó.
2	Tiempo de respuesta	Llegada al punto de encuentro en 2 minutos.
3	Preparación previa	Socialización del punto de encuentro el 20/10/2025.
4	Señalización	Punto de encuentro y accesos señalizados (registro fotográfico).
5	Uso de EPP	Personal con casco, chaleco y guantes durante el ejercicio.
6	Compromiso institucional	Acompañamiento del Área SST y del equipo del consorcio; constancia IDIGER.

11. HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

No.	Hallazgo	Causa probable	Prioridad	Tipo
1	No se simuló atención de lesionado ni traslado en camilla.	El ejercicio se centró en la evacuación.	Alta	Oportunidad de mejora
2	Los responsables de emergencia no portan distintivo.	No se dotó a los roles con identificación.	Media	Oportunidad de mejora
3	El tiempo se registró de forma general.	No existe formato de control por etapas.	Media	Oportunidad de mejora
4	Falta reforzar la señalización de la ruta interna.	Cambios en los frentes por el avance de obra.	Media	Oportunidad de mejora
5	No participaron visitantes ni interventoría.	Convocatoria limitada al personal de obra.	Baja	Oportunidad de mejora

12. PLAN DE ACCIONES DE MEJORA

No.	Acción	Responsable	Fecha límite	Indicador	Estado
1	Capacitación práctica en primeros auxilios y manejo de camilla.	Profesional SST	30/11/2025	% del personal capacitado	Programada

No.	Acción	Responsable	Fecha límite	Indicador	Estado
2	Dotar a brigadistas y guías de chalecos o brazaletes distintivos.	Residente / SST	15/11/2025	Distintivos entregados	Programada
3	Diseñar y usar formato de control de tiempos por etapa.	Profesional SST	15/11/2025	Formato implementado	Programada
4	Revisar y actualizar la señalización de rutas según el avance de obra.	Profesional SST	Mensual	Inspección mensual	Programada
5	Incluir a visitantes e interventoría en el próximo simulacro.	Profesional SST	Próximo simulacro	Participación ampliada	Programada

El seguimiento al cumplimiento de estas acciones se realizará en las inspecciones y reuniones mensuales del Área SST y se reportará en el informe mensual de la obra.

13. CONCLUSIONES

13.1. Conclusiones

- El Consorcio Salón Comunal 013 participó satisfactoriamente en el Simulacro Bogotá 2025, con la evacuación del 100 % del personal presente en obra.
- El tiempo de llegada al punto de encuentro (2 minutos) cumplió la meta y demuestra una respuesta oportuna y organizada.
- La socialización previa del punto de encuentro y la posterior al ejercicio contribuyen a la cultura de prevención y autocuidado.
- El ejercicio obtuvo un resultado global de 87,5 %, con oportunidades de mejora en roles de emergencia y atención de lesionados.

13.2. Lecciones aprendidas

- Socializar el punto de encuentro antes del ejercicio mejora los tiempos de respuesta.
- La señalización debe actualizarse a medida que avanza la obra y cambian los frentes de trabajo.
- Es necesario practicar la atención de lesionados, no solo la evacuación.

13.3. Recomendaciones

- Realizar simulacros internos de manera periódica, con escenarios distintos (incendio, colapso, accidente con lesionados).
- Mantener actualizado el listado de personal presente en obra para agilizar el conteo.
- Conservar los registros de cada ejercicio como evidencia del SG-SST.

14. REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fotografía 1. Trabajador en el área de acceso; al fondo camillas rígidas dispuestas para la emergencia.



Fotografía 2. Personal y profesionales reunidos junto al portón de acceso durante el ejercicio.



Fotografía 3. Personal desplazándose por la zona de trabajo hacia la salida durante la evacuación.



Fotografía 4. Personal congregado en el exterior de la obra, en el punto de encuentro.



Fotografía 5. Portón de acceso con señalización de ruta de evacuación / punto de encuentro.

15. ANEXOS

Anexo	Descripción
A	Constancia de participación – IDIGER, Simulacro Bogotá, octubre de 2025.
B	Registro de asistencia – Participación en simulacro (22/10/2025), formato CSA-SST-FO-12.
C	Registro de asistencia – Socialización del punto de encuentro (20/10/2025), formato CSA-SST-FO-12.

ANEXO A. Constancia de participación – IDIGER, Simulacro Bogotá, octubre de 2025



ANEXO B. Registro de asistencia – Participación en simulacro (22/10/2025)

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 22-10-25 Hora Inicio: 10:30 am Hora Fin: 10:40 Duración: 10 H
CONTRATO: Consorcio Salón Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Participación simulacro	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	X
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	

Relator: Camilo Bravo Firma:
Cargo: SST Lugar de Reunión: Campamento

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Amado Miranda Diaz	5.619467	
2	Alex perales Ams	1073670378	Alex
3	Jesus Abdala	1121.326.316	Jesus A.
4	Carlos Alberto	78759813	Carlos Montero Z14
5	Andres Montero	1003005907	Andres
6	Jimer Beltran	1078073512	
7	Alejandra Perez Tellez	1004724204	
8	Edgar Suarez	91445	
9	Alvaro Julio Alvaro Maestre	1006996003	
10	Ariana Tico Castañeda	396ss.442	
11	Camilo Bravo Hernandez	1073160745	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones:

ANEXO C. Registro de asistencia – Socialización del punto de encuentro (20/10/2025)

	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO:	CSA-SST-FO-12
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Fecha: 20-10-25 Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 1:05 Duración: 5M

CONTRATO: Consorcio Salón Comunal

Temas tratados	TIPO DE COMUNICACIÓN Marque una X	
Socialización de Punto de Encuentro	CHARLA PRE OPERACIONAL	
	CHARLA SEMANAL	
	CHARLA RIESGO ESPECIFICO	
	SISTEMA GESTION SG-SST	
	CAPACITACIÓN	
	INDUCCIÓN	
	REINDUCCIÓN	
	REUNION	X

Relator: Camilo Riaño Firma:

Cargo: SST Lugar de Reunión: Obra

Nº	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	carlos enrique almendrales S.	1062354034	Almendrales C.
2	amado miranola diaz	13619467	Diaz Amado
3	carlos alverto monterroza g.	78759813	C. Monterroza
4	andres f. montaño mestra	1003005907	
5	jesus arafath abdalla villafaño	1121326816	Jesus arafath
6	alex parales arnas	1013670370	Alex parales
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Observaciones :

ANEXO SST 9. INSPECCIONES

	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES	Codigo:	CSA-SST-FO-06
		Fecha:	10/04/2025
		Versión:	1

El siguiente formato debe ser diligenciado por el **contratista o responsable de la herramienta ,** encontrará 4 clasificaciones de herramientas: Golpe, Corte, Torsión y Sujeción, en la descripción de la herramienta se observan algunos ejemplos de acuerdo a la clasificación, sin embargo hay unas casillas en blanco para colocar más herramientas que se encuentren en el proyecto. Marque con una **"X"** de acuerdo al estado si es bueno, regular o malo. Donde **Bueno** significa que el equipo se encuentra en buenas condiciones y no genera riesgo de lesión, **Regular** significa que pronto se deberá llevar a mantenimiento sin embargo puede ser utilizada para la labor y **Malo** Significa que requiere mantenimiento inmediatamente, genera riesgo de lesión y no debe ser utilizada en la labor. Si se tiene más de una por tipo se deben clasificar por estado ubicando en vez de una x la cantidad de artículos por cada estado, # Buenos, # de Malos y # de regulares.

INVENTARIO			
RESPONSABLE DEL INVENTARIO	Alvaro Guevara	**FECHA DEL INVENTARIO**	29 · 05 · 2025

INSPECCIÓN			
NOMBRE DEL INSPECTOR:	Conrado Tirado	**FECHA DE LA INSPECCIÓN:**	29 · 05 · 2025
FIRMA DEL INSPECTOR:			

TIPO DE HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN (TIPO DE HERRAMIENTA)		ESTADO			OBSERVACIONES
		Cantidad	BUENO	MALO	REGULAR	
Golpe						
Están diseñadas para modificar la forma o tamaño de otros objetos o producir un desplazamiento de estos dentro de otros cuerpos, aprovechando el uso de un mango, cadena o algún otro mecanismo para incrementar la fuerza del impacto.	Almádenas					
	Barras	1	✓			
	Chapulines					
	Cincel					
	Maceta	1	✓			
	Martillo	1	✓			
	Porras					
	Puntero					
	Otros:					
Sujeción	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Las herramientas de sujeción, de uso muy frecuente en el taller, son instrumentos que nos van a servir para sujetar o retener aquellas piezas con las que queremos trabajar.	Alicates	1	✓			
	Mordazas					
	Pinzas					
	Prensas					
	Otros:					
Corte y Serraje	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Una herramienta de corte es el elemento utilizado en las máquinas herramienta para extraer material de una pieza.	Cizalla					
	Hacha					
	Palas	1	✓			
	Picas	1	✓			
	Segueta	1	✓			
	Serruchos					
	Tijeras	1	✓			
	Otros:					
Torsión	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Se utiliza para ejercer un esfuerzo en las cabezas de los pernos, tornillos, tuercas pasadores y demás.	Alemana o de precisión					
	De cadena	1	✓			
	De tubos					
	Bichiroques					
	Destornillador	1	✓			
	Llaves expansivas	1	✓			
	Llaves fijas	1	✓			
	Otros:					

	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES	Codigo:	CSA-SST-FO-06
		Fecha:	10/04/2025
		Versión:	1

El siguiente formato debe ser diligenciado por el **contratista o responsable de la herramienta ,** encontrará 4 clasificaciones de herramientas: Golpe, Corte, Torsión y Sujeción, en la descripción de la herramienta se observan algunos ejemplos de acuerdo a la clasificación, sin embargo hay unas casillas en blanco para colocar más herramientas que se encuentren en el proyecto. Marque con una **"X"** de acuerdo al estado si es bueno, regular o malo.
Donde **Bueno** significa que el equipo se encuentra en buenas condiciones y no genera riesgo de lesión, **Regular** significa que pronto se deberá llevar a mantenimiento sin embargo puede ser utilizada para la labor y **Malo** Significa que requiere mantenimiento inmediatamente, genera riesgo de lesión y no debe ser utilizada en la labor. Si se tiene más de una por tipo se deben clasificar por estado ubicando en vez de una x la cantidad de artículos por cada estado, # Buenos, # de Malos y # de regulares.

INVENTARIO			
RESPONSABLE DEL INVENTARIO	Alvaro Guevara	**FECHA DEL INVENTARIO**	17/07/2025

INSPECCIÓN			
NOMBRE DEL INSPECTOR:	Cornelio Rivero	**FECHA DE LA INSPECCIÓN:**	17/07/2025
FIRMA DEL INSPECTOR:			

TIPO DE HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN (TIPO DE HERRAMIENTA)		ESTADO			OBSERVACIONES
		Cantidad	BUENO	MALO	REGULAR	
Golpe						
Están diseñadas para modificar la forma o tamaño de otros objetos o producir un desplazamiento de estos dentro de otros cuerpos, aprovechando el uso de un mango, cadena o algún otro mecanismo para incrementar la fuerza del impacto.	Almádenas					
	Barras	1	✓			
	Chapulines					
	Cincel					
	Maceta	1	✓			
	Martillo	1	✓			
	Porras					
	Puntero	1	✓			
	Otros:					
Sujeción	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Las herramientas de sujeción, de uso muy frecuente en el taller, son instrumentos que nos van a servir para sujetar o retener aquellas piezas con las que queremos trabajar.	Alicates	1	✓			
	Mordazas					
	Pinzas					
	Prensas					
	Otros:					
Corte y Serraje	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Una herramienta de corte es el elemento utilizado en las máquinas herramienta para extraer material de una pieza.	Cizalla					
	Hacha					
	Palas					
	Picas	1	✓			
	Segueta					
	Serruchos					
	Tijeras					
	Otros:					
Torsión	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Se utiliza para ejercer un esfuerzo en las cabezas de los pernos, tornillos, tuercas pasadores y demás.	Alemana o de precisión					
	De cadena					
	De tubos					
	Bichiroques	1	✓			
	Destornillador					
	Llaves expansivas					
	Llaves fijas					
	Otros:					

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 15 - Agosto - 2025 LUGAR: Campamento Julia Comunal 307

QUIEN INSPECCIONA: Comité Riesgos H. CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campamento	10lb	B	B	B	B	B	N/A	B	N/A	B	B	B	B	10/2/2025	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES	Codigo:	CSA-SST-FO-06
		Fecha:	10/04/2025
		Versión:	1

El siguiente formato debe ser diligenciado por el **contratista o responsable de la herramienta** , encontrará 4 clasificaciones de herramientas: Golpe, Corte, Torsión y Sujeción, en la descripción de la herramienta se observan algunos ejemplos de acuerdo a la clasificación, sin embargo hay unas casillas en blanco para colocar más herramientas que se encuentren en el proyecto. Marque con una **"X"** de acuerdo al estado si es bueno, regular o malo. Donde **Bueno** significa que el equipo se encuentra en buenas condiciones y no genera riesgo de lesión, **Regular** significa que pronto se deberá llevar a mantenimiento sin embargo puede ser utilizada para la labor y **Malo** Significa que requiere mantenimiento inmediatamente, genera riesgo de lesión y no debe ser utilizada en la labor. Si se tiene más de una por tipo se deben clasificar por estado ubicando en vez de una x la cantidad de artículos por cada estado, # Buenos, # de Malos y # de regulares.

INVENTARIO			
RESPONSABLE DEL INVENTARIO	Alvaro Carvajal	**FECHA DEL INVENTARIO**	05/08/2025

INSPECCIÓN			
NOMBRE DEL INSPECTOR:	Camilo Rivero	**FECHA DE LA INSPECCIÓN:**	05/08/2025
FIRMA DEL INSPECTOR:			

TIPO DE HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN (TIPO DE HERRAMIENTA)		ESTADO			OBSERVACIONES
		Cantidad	BUENO	MALO	REGULAR	
Golpe	Almádenas					
Están diseñadas para modificar la forma o tamaño de otros objetos o producir un desplazamiento de estos dentro de otros cuerpos, aprovechando el uso de un mango, cadena o algún otro mecanismo para incrementar la fuerza del impacto.	Barras					
	Chapulines					
	Cincel					
	Maceta ✓	1	✓			
	Martillo ✓	1	✓			
	Porras	1	✓			
	Puntero ✓	1	✓			
	Otros:					
Sujeción	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Las herramientas de sujeción, de uso muy frecuente en el taller, son instrumentos que nos van a servir para sujetar o retener aquellas piezas con las que queremos trabajar.	Alicates ✓	1	✓			
	Mordazas					
	Pinzas					
	Prensas					
	Otros:					
Corte y Serraje	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Una herramienta de corte es el elemento utilizado en las máquinas herramienta para extraer material de una pieza.	Cizalla					
	Hacha					
	Palas ✓	2	✓			
	Picas ✓	2	✓			
	Segueta	1	✓			
	Serruchos ✓	1	✓			
	Tijeras					
	Otros:					
Torsión	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Se utiliza para ejercer un esfuerzo en las cabezas de los pernos, tornillos, tuercas pasadores y demás.	Alemana o de precisión					
	De cadena					
	De tubos					
	Bichiroques					
	Destornillador ✓	1	✓			
	Llaves expansivas					
	Llaves fijas					
	Otros:					

	INSPECCION DE BOTIQUIN Y CAMILLA	CODIGO:	CSA-SST-FO-29
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Nombre del que Inspecciona: Cornelio Baza H
Cargo: SST
Fecha de Inspección: 20 - Septiembre - 2025
Ubicación del Botiquín: Caseta Campamento

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
1. Estado del botiquín	B	1	N/A
2. Manual primeros auxilios	B	1	N/A
3. Guantes quirurgicos	B	Caja	N/A
4. Suero fisiologico	B	1	2027
5. Gasa esteril 10 x 10 cm	B	1	2027
6. Aposito de algodón esteril	B	1	2027
7. Venda triangular tipo cabestrillo	B	1	2027
8. Venda de algodón 2 x 5 yardas	B	1	2027
9. Venda de algodón 3 x 5 yardas	B	1	2027
10.Venda elastica 2 x 5 yardas	B	1	2027
11. Venda elastica 3 x 5 yardas	B	1	2027
12. Tapabocas	B	Pzarte	2027
13. Esparadrapo de tela	B	1	2027
14. Esparadrapo micropore	B	Rollo	2027
15. Aplicadores de algodón	B	Pzarte	N/A
16. Curas	B	Pzarte	N/A
17. Bajalenguas	B	Pzarte	N/A
18. Parches oculares	B	1	N/A
19. Termometro	B	1	N/A
20. Linterna	B	1	N/A
21. Agua esteril	B	1	2027
22. Tijera trauma	B	1	N/A
23.Mascara de reanimación RCP	B	1	N/A

INSPECCIÓN DE CAMILLA			
DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
Instalación (Sitio de ubicación)	X		
Señalización	X		
Estado del soporte	X		
Correas de seguridad	X		
Sugetadores para agarre	X		
Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	N/A		
OBSERVACIONES:			
FIRMA QUIEN INSPECCIONA:			

CONSORCIO SALON COMUNAL 013

INSPECCIÓN DE ESTADO, PORTE Y USO DE EPP

Codigo:	CSA-SST-FO-07
Fecha:	10/04/2025
Versión:	1

FECHA DILIGENCIAMIENTO: 27/09/2025

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Cornelio Rivera

NOMBRE DEL PROYECTO: Salon Comunal 013

CALIFICAR EL ESTADO COMO: **B:** Bueno, **R:** Regular **M:** Malo, **NT:** No Tiene EPP

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	OVEROL	BOTAS	ZAPATOS	CASCO	CHALECO	PROTECTOR VISUAL	PROTECTOR RESPIRATORIO	PROTECTOR AUDITIVO	IMPERMEABLE	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE CAUCHO	GUANTES DE NYLON / NITRILO	PROTECTOR FACIAL	CARETA PARA SOLDAR	OVEROL FONTANERO	PETO CARNAZA	¿USA LOS EPP ADECUADAMENTE DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD QUE REALIZA? SI	¿USA LOS EPP ADECUADAMENTE DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD QUE REALIZA? NO	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES	FIRMA DEL TRABAJADOR
Juan Jurado Duarte	R	B	B	B				R				R					✓		Enmamp		Juan Jurado D.
Ricardo Gomez		B	B	B				R				R					✓		Enmamp		Ricardo Gomez
Alex Montes	M	M	B	B				R				R					✓		Fontanero		Alex M.

ELABORÓ: Cornelio Rivera

FIRMA:

CARGO: SST

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO:	CSA-SST-FO-27
		FECHA:	14/04/2025
		VERSION:	1

PROYECTO: Jalon Comuna'

INSPECTOR DE SST: Cornelio Rivas

MARCA: MAKITA

SERIAL: GA 4026

PROPIETARIO

Semana del 15 al 19 del 2025

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme NC: No Conforme, NA: No Aplica

PULIDORA ELÉCTRICA		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
	Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Cuentan con acoples adecuados para los accesorios.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación del mango.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de la guia de la guarda.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utilizan los EPP requeridos para la labor		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados					✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☐		NO ☐
Inspeccion Realizada Por: NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE		Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias		

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.

CODIGO:	CSA-SST-FO-27
FECHA:	14/04/2025
VERSION:	1

INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA

INSPECTOR DE SST: Conrado Rivera

PROPIETARIO

Semana del 01 al 06 del 2025

Color: Color Comunal

Marca: MAKITA

Serial: CA 9020

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme NC: No Conforme, NA: No Aplica

PULIDORA ELÉCTRICA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
 Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Cuentan con acoples adecuados para los accesorios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se verificó el estado de instalación del mango	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se verificó el estado de la guia de la guarda	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utiliza accesorios apropiados para la tarea	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utilizan los EPP requeridos para la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se ha instalado barreras y/o aislamientos apropiados	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?	SI ☒	NO ☐		SI ☒	NO ☐		SI ☒	NO ☐		SI ☒	NO ☐		SI ☒	NO ☐		SI ☒	NO ☐		SI ☐	NO ☐	
Inspector Realizado Por: NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE	Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex perales Arias			Alex Perales A.			Alex perales A.			Alex perales A.		

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO:	CSA-SST-FO-27
		FECHA:	14/04/2025
		VERSION:	1

PROYECTO: Jalon Comunal

INSPECTOR DE SST: Consuelo Riaño

MARCA: MAKITA

SERIAL: GA 4020

PROPIETARIO

Semana del 08 al 12 del 2025

Durante la inspección marque **X según corresponda en cada casilla.** C: Conforme **NC:** No Conforme, **NA:** No Aplica

PULIDORA ELÉCTRICA		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
	Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Cuentan con acopies adecuados para los accesorios	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación del mango	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de la guia de la guarda	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para la tarea	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
	Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se utiliza los EPP requeridos para la labor		✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Se ha instalado barreras y/o aislamientos apropiados					✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI ☒		NO ☐	SI ☒		NO ☐	SI ☒		NO ☐	SI ☒		NO ☐	SI ☒		NO ☐	SI ☒		NO ☐	SI ☐		NO ☐
Inspección Realizada Por: NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE		Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias			Alex Perales Arias		

Certifico como operador del equipo, **que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.**

Nota: **Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.**

	INSPECCION LOCATIVA	CSC-SST-FO-39
		10/04/2025

CIUDAD: BOGOTA	SEDE: SALON COMUNAL	Fecha: 16 DE OCTUBRE DE 2025
AREA O SITIO DE TRABAJO:	SALON COMUNAL	

No.	ASPECTOS A VERIFICAR	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS BIOLOGICOS				
1.1	En el área de trabajo está expuesto Virus, bacterias, hongos.	✓			
1.2	El área está libre de insectos y roedores.	✓			
1.3	Los Servidores saben cómo usar y cuidar sus EPP.	✓			
2	PELIGROS FISICOS				
2.1	La iluminación se percibe adecuada para el tipo de labor a realizar (Verificar presencia de sombras o deslumbramiento).	✓			
2.2	Las luminarias están en buen estado	✓			
2.3	Las condiciones de ventilación del espacio se perciben adecuadas	✓			
2.4	Se percibe presencia de ruido que cause disconfort en el trabajador.		✓		
2.5	En el área el trabajador está expuesto a temperaturas extremas (calor y frio)	✓			
2.6	El trabajador percibe temperatura alta o baja que le genere Disconfort.		✓		
3	PELIGROS QUIMICOS				
3.1	El trabajador está expuesto a material particulado	✓			
3.2	Los productos usados por el personal de servicios generales se encuentran debidamente clasificados según tipo de peligro.			✓	
3.3	Los trabajadores saben cómo usar y cuidar sus EPP.	✓			
3.4	Se exige al proveedor que todos los productos químicos ingresen debidamente etiquetados.			✓	
3.5	Las sustancias químicas se encuentran debidamente almacenadas			✓	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD				
4	RIESGO MECÁNICO				
4.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
4.2	Archivo rodante en buen estado			✓	
4.3	Muebles y estantes de la unidad se encuentran anclados y ajustados	✓			
4.4	El puesto de trabajo no tiene superficies salientes	✓			
5	RIESGO ELÉCTRICOS				
5.1	Cables eléctricos en buen estado y debidamente entubados. (sin adiciones y cintas)		✓		Extensiones en Campamento
5.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	✓			
5.3	Tomas e interruptores en buen estado debidamente anclados y señalizados	✓			
5.4	Se observa cajas de breakers sin sobrecarga y señalizadas	✓			
5.5	Los tableros y cajas de breakers están libres de obstáculos.	✓			
5.6	Existe señalización de peligros.	✓			
6	RIESGO LOCATIVO				
6.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura en buen estado).	✓			
6.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			✓	
6.3	Pisos en buen estado, cuentan con acabados y sin desniveles.		✓		
6.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas, sin vidrios fracturados).		✓		
6.5	Techos en buen estado (Sin goteras).			✓	
6.6	Areas de circulación despejadas (pasillos, escaleras, zonas de transito, etc).	✓			
6.7	Las divisiones modulares (estanterias), escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones. (anclados y ajustados)			✓	Area en Construcción
6.8	El sistema de alarma funciona adecuadamente	✓			
7	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES				
7.1	La unidad cuenta con plan de gestion del riesgo en empresa privada y publica PGDREPP	✓			
7.2	El area cuenta con **Planes Operativos Normalizados** en caso Sismo, Terremoto, Vendaval e Inundaciones.	✓			

7.3	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área	✓				
7.4	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia	✓				
7.5	La ruta de evacuación se encuentra señalizada y libre de obstáculos	✓				
7.6	Las salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas y señalizadas	✓				
7.7	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?	✓				
7.8	La brigada se encuentra identificada	✓				
8	ORDEN Y ASEO					
8.1	Las áreas de la unidad se encuentra organizada	✓				
8.2	La unidad cuenta con puntos ecológicos de disposición de residuos	✓				
8.3	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	✓				
8.4	El archivo de la unidad se encuentra debidamente almacenado y organizado			✓		
9	SANEAMIENTO BASICO					
9.1	La organización cuenta con tanque de almacenamiento de agua potable	✓				
9.2	La unidad cuenta con servicio sanitario en optimas condiciones	✓				
9.3	Las unidades sanitarias cuentan con papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	✓				
9.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	✓				
9.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.		✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación y preguntas a los trabajadores)**					
10.1	Los funcionarios y contratistas cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	✓				
10.2	Los funcionarios y contratistas conocen los peligros a los que están expuestos.	✓				
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente, accidentes de trabajo y enfermedad Laboral.	✓				
10.4	Los servidores y contratistas saben que hacer en caso de una emergencia	✓				
10.5	Los funcionarios y contratistas conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajoy sus responsabilidades dentro del SG-SST?	✓				
10.6	Los servidores y contratistas conocen la ruta de evacuación y el punto de encuentro	✓				
12	**MEDIO AMBIENTE, CAFETERIA Y OTROS**	**BUEN ESTADO**	**REGULAR ESTADO**	**MAL ESTADO**	**OBSERVACIONES**	
12,1	Horno microondas. (Si aplica)	✓				
12,2	Nevera. (Si aplica)				N/A	
12,3	Cafetera. (Si aplica)				N/A	
12,4	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)				N/A	
12,5	Computador. (Si aplica)	✓				
12,6	Estufas y grecas				N/A	

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES REPORTADAS

Zona en Condiciones Optimas para Trabajar

RESPONSABLES QUE REALIZAN LA INSPECCIÓN

NOMBRE	Carmelo Rojas Hernández		
CARGO	Admon SST	**AREA**	SST
FIRMA			

	AREA

	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ROTOMARTILLO	CODIGO:	CSA-SST-FO-28
		FECHA:	14/04/2025
		VERSIÓN:	1

IDENTIFICACION DEL EQUIPO

TIPO: Manual	SERIAL/ REF:	MARCA: Bosch	
INSPECCIONADO POR: Alex Perales		LUGAR DE TRABAJO: Salon comunal	
ACTIVIDAD: Perforar		Semana del 13 al 18 de Octubre año 2025	

MANTENIMIENTO

REVISIÓN	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
Estado de conexiones electricas (Cableado, extensiones, tomas electricas)			✓		✓							
Interruptor de gatillo			✓		✓							
Acoples adecuados para los accesorios			✓		✓							
Estado del mango			✓		✓							
Estado del interruptor de encendido y su seguro			✓		✓							
Mango Auxiliar			✓		✓							
Mango Principal			✓		✓							
Estado general del Equipo (Fisuras, Ropturas, Aseo , entre otras)			✓		✓							
Se utilizan adecuadamente los EPP para la labor			✓		✓							
Se han instalado barreras y/o alistamientos apropiados para la tarea			✓		✓							
Estado de la guia			✓		✓							
Estado de las brocas			✓		✓							

PARA DILIGENCIAR LAS CASILLAS DE VERIFICACION INDIQUE SEGÚN CORRESPONDA M= MALO

N/A= NO APLICA

FIRMA DIARIA DEL						
FIRMA DIARIA DEL OPERARIO ENCARGADO:		Alex F.	Alex F.			
SUPERVISOR:		Alvaro G.	Alvaro G.			

OBSERVACIONES

	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL DE TALADRO	**CODIGO:**	**CSA-SST-FO-26**
		FECHA:	**14/04/2025**
		PAGINA:	**1**
		VERSIÓN:	**1**

FECHA DE INSPECCIÓN:	Semana Del 01 al 06 Mes 10 de 2025	ÁREA:	Jardín Comunal
INSPECCIÓN REALIZADA POR	Alex Perales / Cornelio Baez	GRUPO DE TRABAJO:	

DESCRIPCIÓN DE TALADRO	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	X		X		X		X		X		X		X	
ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN)	X		X		X		X		X		X		X	
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	X		X		X		✓		✓		✓		✓	
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO DE LAS BROCAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS														
FIRMA DE TRABAJADOR	Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.		Alex P.	
FIRMA SST	Baez		Baez		Baez		Baez		Baez		Baez			

OBSERVACIONES

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO:	CSA-SST-FO-27
		FECHA:	14/04/2025
		VERSION:	1

PROYECTO	Correccion Jolla Comunal 013	INSPECTOR DE SST:	Cristian Pinzon
MARCA:	Makita	PROPIETARIO	
SERIAL:	GA90 10	Semana del 07-11 al 07-11 del 2025	

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme **NC:** No Conforme. **NA:** No Aplica

PULIDORA ELÉCTRICA		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
	Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).				✓			✓			✓			✓			✓					
	Cuentan con acoples adecuados para los accesorios.				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de instalación del mango.				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro.				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se verificó el estado de la gula de la guarda.				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000).				✓			✓			✓			✓			✓					
	Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.				✓			✓			✓			✓			✓					
	Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)				✓			✓			✓			✓			✓					
Se utilizan los EPP requeridos para la labor					✓			✓			✓			✓			✓					
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados					✓			✓			✓			✓			✓					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI ☐		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☑		NO ☐	SI ☐		NO ☐
Inspección Realizada Por NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE					Carlos Mont			Carlos M			Carlos M			Carlos M			Carlos M					

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO:	CSA-SST-FO-27
		FECHA:	14/04/2025
		VERSION:	1

PROYECTO: Construcción Salón Comunal vda

INSPECTOR DE SST: Cornelio Ruiz

MARCA: Ingco

SERIAL: 6A9070

PROPIETARIO

Semana del 10 - Nov al 15 - Nov del 2025

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme **NC:** No Conforme. **NA:** No Aplica



PULIDORA ELÉCTRICA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).	✓			✓			✓			✓											
Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	✓			✓			✓			✓											
Cuentan con acoples adecuados para los accesorios.	✓			✓			✓			✓											
Se verificó el estado de instalación del mango.	✓			✓			✓			✓											
Se verificó el estado del interruptor de encendido y su seguro.	✓			✓			✓			✓											
Se verificó el estado de la guía de la guarda.	✓			✓			✓			✓											
Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000).	✓			✓			✓			✓											
Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.	✓			✓			✓			✓											
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	✓			✓			✓			✓											
Se utilizan los EPP requeridos para la labor	✓			✓			✓			✓											
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados	✓			✓			✓			✓											
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?	SÍ ☑	NO ☐		SÍ ☑	NO ☐		SÍ ☑	NO ☐		SÍ ☑	NO ☐		SÍ ☐	NO ☐		SÍ ☐	NO ☐		SÍ ☐	NO ☐	
Inspección Realizada Por: NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE																					

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.

	INSPECCION - PREOPERACIONAL DE PULIDORA	CODIGO	GSA-SST-FO-27
		FECHA	4/11/2025
		VERSION	1

PROYECTO: Jolon Comunal a13

INSPECTOR DE SST: Carmelo Rivera

MARCA: MAKITA

SERIAL: VA407D

PROPIETARIO:

Semana del 24/11 al 29/11 del 2025

Durante la inspección marque X según corresponda en cada casilla. C: Conforme NC: No Conforme, NA: No Aplica



PULIDORA ELECTRICA	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Se verificó el estado de conexiones eléctricas (extensiones, cables, tomas).	X			X			X			X			X			X					
Se verificó el estado de instalación de disco (insertación).	X			X			X			X			X			X					
Cuentan con acoples adecuados para los accesorios.	X			X			X			X			X			X					
Se verificó el estado de instalación del mango.	X			X			X			X			X			X					
Se verifico el estado del interruptor de encendido y su seguro.	X			X			X			X			X			X					
Se verifico el estado de la guía de la guarda	X			X			X			X			X			X					
Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500 - 15000).	X			X			X			X			X			X					
Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.	X			X			X			X			X			X					
Estado general de la pulidora (fisuras, rupturas, aseo, etc.)	X			X			X			X			X			X					
Se utilizan los EPP requeridos para la labor	X			X			X			X			X			X					
Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados				X			X			X			X			X					
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐	SÍ ☐		NO ☐
Inspección Realizada Por: NOMBRE COMPLETO Y LEGIBLE	Carlos			Carlos			Carlos			Carlos			Carlos			Carlos					

Certifico como operador del equipo, que he verificado cada unos de sus componentes, de acuerdo a la lista de chequeo afirmando que es seguro utilizar la herramienta.

Nota: Esta lista de chequeo se deberá entregar semanalmente al proceso de SST.

	INSPECCIONES PRE OPERACIONAL DE TALADRO	CODIGO:	CSA-SST-FO-26
		FECHA:	4/14/2025
		PAGINA:	1
		VERSIÓN:	1

FECHA DE INSPECCIÓN	Semana Del 10 al 15 Mes Noviembre	ÁREA	Tecnico
INSPECCIÓN REALIZADA POR	Carlos Montaño G. A	GRUPO DE TRABAJO	Mantenimiento

DESCRIPCIÓN DE TALADRO	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	✓						✓				✓			
ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN)	✓						✓				✓			
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	✓						✓				✓			
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓						✓				✓			
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	✓						✓				✓			
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓						✓				✓			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓						✓				✓			
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	✓						✓				✓			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	✓						✓				✓			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓						✓				✓			
ESTADO DE LAS BROCAS	✓						✓				✓			
FIRMAS														
FIRMA DE TRABAJADOR														
FIRMA SST														
OBSERVACIONES														

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 10 Abril - 2024 LUGAR: Campamento SST

QUIEN INSPECCIONA: Camilo Vivas Hernandez CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Caja administrativa	10lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	16/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES	Codigo:	CSA-SST-FO-06
		Fecha:	10/04/2025
		Versión:	1

El siguiente formato debe ser diligenciado por el **contratista o responsable de la herramienta ,** encontrará 4 clasificaciones de herramientas: Golpe, Corte, Torsión y Sujeción, en la descripción de la herramienta se observan algunos ejemplos de acuerdo a la clasificación, sin embargo hay unas casillas en blanco para colocar más herramientas que se encuentren en el proyecto. Marque con una **"X"** de acuerdo al estado si es bueno, regular o malo. Donde **Bueno** significa que el equipo se encuentra en buenas condiciones y no genera riesgo de lesión, **Regular** significa que pronto se deberá llevar a mantenimiento sin embargo puede ser utilizada para la labor y **Malo** Significa que requiere mantenimiento inmediatamente, genera riesgo de lesión y no debe ser utilizada en la labor. Si se tiene más de una por tipo se deben clasificar por estado ubicando en vez de una x la cantidad de articulos por cada estado. # Buenos, # de Malos y # de regulares.

INVENTARIO			
RESPONSABLE DEL INVENTARIO	ALVARO GUEVARA	FECHA DEL INVENTARIO	15 Mayo 2026
INSPECCIÓN			
NOMBRE DEL INSPECTOR:	Carlos Rojas	FECHA DE LA INSPECCIÓN:	15 Mayo 2026
FIRMA DEL INSPECTOR:			

TIPO DE HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN (TIPO DE HERRAMIENTA)		ESTADO			OBSERVACIONES
		Cantidad	BUENO	MALO	REGULAR	
Golpe	Almádenas					
Están diseñadas para modificar la forma o tamaño de otros objetos o producir un desplazamiento de estos dentro de otros cuerpos, aprovechando el uso de un mango, cadena o algún otro mecanismo para incrementar la fuerza del impacto	Barras	1	X			
	Chapulines					
	Cincel					
	Maceta	1	X			
	Martillo	1	X			
	Porras	1	X			
	Puntero					
	Otros					
Sujeción	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Las herramientas de sujeción de uso muy frecuente en el taller, son instrumentos que nos van a servir para sujetar o retener aquellas piezas con las que queremos trabajar	Alicates	1	X			
	Mordazas					
	Pinzas					
	Prensas					
	Otros Mesa Ensamble	1	X			
Corte y Serraje	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Una herramienta de corte es el elemento utilizado en las máquinas herramienta para extraer material de una pieza	Cizalla					
	Hacha					
	Palas	1	X			
	Picas	1	X			
	Segueta					
	Serruchos					
	Tijeras	1	X			
	Otros					
Torsión	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Se utiliza para ejercer un esfuerzo en las cabezas de los pernos, tornillos, tuercas pasadores y demás	Alemana o de precisión					
	De cadena					
	De tubos					
	De Ganchos					
	Destornilladores	2	X			
	Llaves expansivas	1	X			
	Llaves fijas	1	X			
	Otros					

	INSPECCION DE BOTIQUIN Y CAMILLA	**CODIGO:**	CSA-SST-FO-29
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1
		PAGINAS:	1

Nombre del que Inspecciona: Camilo Prada
Cargo: SST
Fecha de Inspección: 16- Junio - 2026
Ubicación del Botiquín: Oficina administrativa

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS*	ESTADO B: Bien M: Mal	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO (SI APLICA)
1. Estado del botiquín	B	1	N/A
2. Manual primeros auxilios	B	1	N/A
3. Guantes quirurgicos	B	Caja	N/A
4. Suero fisiologico	B	4	2027
5. Gasa esteril 10 x 10 cm	B	Cja	08/27
6. Aposito de algodón esteril	—	—	—
7. Venda triangular tipo cabestrillo	B	1	06/27
8. Venda de algodón 2 x 5 yardas	B	1	06/27
9. Venda de algodón 3 x 5 yardas	B	1	06/27
10.Venda elastica 2 x 5 yardas	B	1	06/27
11. Venda elastica 3 x 5 yardas	B	1	06/27
12. Tapabocas	B	Uni	N/A
13. Esparadrapo de tela	B	Rollo	04/27
14. Esparadrapo micropore	B	Rollo	05/27
15. Aplicadores de algodón	B	Bolsa	07/27
16. Curas	B	Caja	08/27
17. Bajalenguas	B	Bog	2027
18. Parches oculares	—	—	—
19. Termometro	B	1	N/A
20. Linterna	B	1	N/A
21. Agua esteril	B	1	06/27
22. Tijera trauma	B	1	N/A
23.Mascara de reanimación RCP	B	1	N/A

INSPECCIÓN DE CAMILLA

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
Instalación (Sitio de ubicación)	B		
Señalización	B		
Estado del soporte	B		
Correas de seguridad	B		
Sugetadores para agarre	B		
Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	NO	NO	-
OBSERVACIONES:			
FIRMA QUIEN INSPECCIONA:			

	INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES	Codigo:	CSA-SST-FO-06
		Fecha:	10/04/2025
		Versión:	1

El siguiente formato debe ser diligenciado por el **contratista o responsable de la herramienta ,** encontrará 4 clasificaciones de herramientas: Golpe, Corte, Torsión y Sujeción, en la descripción de la herramienta se observan algunos ejemplos de acuerdo a la clasificación, sin embargo hay unas casillas en blanco para colocar más herramientas que se encuentren en el proyecto. Marque con una **"X"** de acuerdo al estado si es bueno, regular o malo.
Donde **Bueno** significa que el equipo se encuentra en buenas condiciones y no genera riesgo de lesión, **Regular** significa que pronto se deberá llevar a mantenimiento sin embargo puede ser utilizada para la labor y **Malo** Significa que requiere mantenimiento inmediatamente, genera riesgo de lesión y no debe ser utilizada en la labor. Si se tiene más de una por tipo se deben clasificar por estado ubicando en vez de una x la cantidad de artículos por cada estado, # Buenos, # de Malos y # de regulares.

INVENTARIO			
RESPONSABLE DEL INVENTARIO	Alvaro Guevara	FECHA DEL INVENTARIO	12-06-2026
INSPECCIÓN			
NOMBRE DEL INSPECTOR:	Camilo Bitar	FECHA DE LA INSPECCIÓN:	12-06-2026
FIRMA DEL INSPECTOR:			

TIPO DE HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN (TIPO DE HERRAMIENTA)	Cantidad	ESTADO BUENO	ESTADO MALO	ESTADO REGULAR	OBSERVACIONES
Golpe						
Están diseñadas para modificar la forma o tamaño de otros objetos o producir un desplazamiento de estos dentro de otros cuerpos, aprovechando el uso de un mango, cadena o algún otro mecanismo para incrementar la fuerza del impacto.	Almádenas					
	Barras					
	Chapulines					
	Cincel					
	Maceta					
	Martillo	1	✓			
	Porras					
	Puntero	1	✓			
	Otros:					
Sujeción	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Las herramientas de sujeción, de uso muy frecuente en el taller, son instrumentos que nos van a servir para sujetar o retener aquellas piezas con las que queremos trabajar.	Alicates	1	✓			
	Mordazas					
	Pinzas					
	Prensas					
	Otros: Brocha	3	✓			
Corte y Serraje	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Una herramienta de corte es el elemento utilizado en las máquinas herramienta para extraer material de una pieza.	Cizalla					
	Hacha					
	Palas	1	✓			
	Picas					
	Segueta					
	Serruchos					
	Tijeras	1	✓			
	Otros:					
Torsión	**DESCRIPCIÓN**	**Cantidad**	**BUENO**	**MALO**	**REGULAR**	**OBSERVACIONES**
Se utiliza para ejercer un esfuerzo en las cabezas de los pernos, tornillos, tuercas pasadores y demás.	Alemana o de precisión					
	De cadena					
	De tubos					
	Bichiroques					
	Destornillador	1	✓			
	Llaves expansivas	2	✓			
	Llaves fijas					
	Otros:					

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 13 - Junio 2025 LUGAR: Campamento

QUIEN INSPECCIONA: Cristian Rivera Hernandez CARGO: Supervisor SST

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Caseta Administrativa	10 lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	10/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA:	17 - Julio - 2025	LUGAR:	Campamento
QUIEN INSPECCIONA:	Cristhian Camilo Hernandez	CARGO:	Practicante SST

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campo Administrativo	M.A.P. TQ 26	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	10/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 15 - Agosto - 2025 LUGAR: Campamento Julia Comunal 307

QUIEN INSPECCIONA: Comité Riesgos H. CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campamento	10lb	B	B	B	B	B	N/A	B	N/A	B	B	B	B	10/2/2025	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 19 septiembre - 2023 LUGAR: Cu

QUIEN INSPECCIONA: Cabuta Rivas Hernandez CARGO: Compromiso SST

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Compromet	polvo 10lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	10/2006	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 16 y 20 Octubre - 2025 LUGAR: Campamento Perforacional 25

QUIEN INSPECCIONA: Cazuela Brisa Hernández CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campamento	Polvo 10 lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	10/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 27 de Noviembre - 2025 LUGAR: Campamento 27

QUIEN INSPECCIONA: Camilo Brito Hernández CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campo de obra	Multi 10lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	10/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION**: La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE**: se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 10 Abril - 2024 LUGAR: Campamento SST

QUIEN INSPECCIONA: Camilo Vivas Hernandez CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Caja administrativa	10lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	16/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 15- Mayo - 2026 LUGAR: Oficina Adminis

QUIEN INSPECCIONA: Cornelio Ruiz Hernandez CARGO: Supervisor SST

No	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Oficina Adminis	Polvo 10 lb	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	4/2026	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un minuto, para
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

ANEXO SST 10. ENTREGA EPP

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.850.300, quien se desempeñó como **Director de obra** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. 80.850.300
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

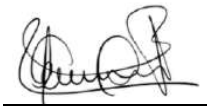
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.217.108, quien se desempeñó como **Residente de obra** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. 80.217.108
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.957.717, quien se desempeñó como **Especialista estructural** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. 79.957.717
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.718.924, quien se desempeñó como **Especialista hidráulico** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. 1.020.718.924
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

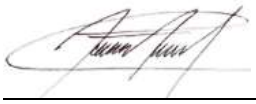
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.155.799, quien se desempeñó como **Especialista eléctrico** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. 79.155.799
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

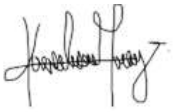
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) a la señora **ADRIANA PICO CASTAÑEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.655.442, quien se desempeñó como **Profesional social** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para la trabajadora, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, la trabajadora manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. 39.655.442
Trabajadora

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) a la señora **CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.073.160.795, quien se desempeñó como **Profesional SST** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para la trabajadora, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, la trabajadora manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. 1.073.160.795
Trabajadora

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

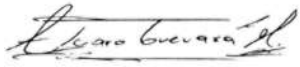
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.006.796.608, quien se desempeñó como **Profesional de apoyo** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. 1.006.796.608
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

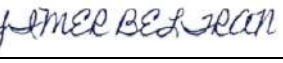
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.096.198.523, quien se desempeñó como **Profesional de apoyo** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 05 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	05 de mayo de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	05 de noviembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Chaleco reflectivo (1)
3	05 de mayo de 2026	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. 1.096.198.523
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **EVELIO GARCIA CACERES**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.376.875, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 29 de noviembre de 2025 hasta el 23 de junio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	29 de noviembre de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	28 de febrero de 2026	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



EVELIO GARCIA CACERES
C.C. 79.376.875
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 21 de abril de 2026

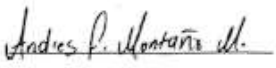
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.003.005.907, quien se desempeñó como **Ayudante** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 01 de octubre de 2025 hasta el 21 de abril de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	01 de octubre de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	01 de enero de 2026	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. 1.003.005.907
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.062.354.054, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 01 de julio de 2025 hasta el 29 de noviembre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	01 de julio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	01 de octubre de 2025	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. 1.062.354.054
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 04 de julio de 2026

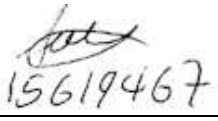
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **AMADO MIRANDA DIAZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 15.619.467, quien se desempeñó como **Ayudante** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 10 de septiembre de 2025 hasta el 04 de julio de 2026. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	10 de septiembre de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	10 de diciembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)
3	10 de marzo de 2026	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. 15.619.467
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

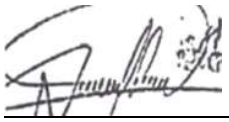
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 78.759.813, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 02 de septiembre de 2025 hasta el 29 de noviembre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	02 de septiembre de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. 78.759.813
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 04 de noviembre de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.326.316, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 14 de octubre de 2025 hasta el 04 de noviembre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	14 de octubre de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

Jesus Abdala

JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. 1.121.326.316
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 30 de agosto de 2025

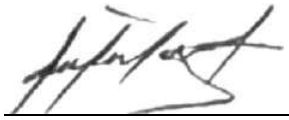
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.246.397, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 03 de julio de 2025 hasta el 30 de agosto de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	03 de julio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. 1.094.246.397
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 04 de noviembre de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.119.391.648, quien se desempeñó como **Ayudante** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 20 de agosto de 2025 hasta el 04 de noviembre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	20 de agosto de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. 1.119.391.648
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 22 de agosto de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.000.993.111, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 16 de junio de 2025 hasta el 22 de agosto de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	16 de junio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. 1.000.993.111
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 22 de agosto de 2025

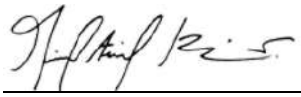
El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.047.477.076, quien se desempeñó como **Ayudante** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 20 de junio de 2025 hasta el 22 de agosto de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	20 de junio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0



GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. 1.047.477.076
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **JORGE ORLANDO ARIZA ARIZA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.491.542, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 11 de junio de 2025 hasta el 11 de octubre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	11 de junio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	11 de septiembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

ARIZA JORGE

JORGE ORLANDO ARIZA ARIZA
C.C. 1.024.491.542
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **ALEX PERALES ARIAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.073.670.370, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 11 de junio de 2025 hasta el 11 de octubre de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	11 de junio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)
2	11 de septiembre de 2025	Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.



RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

ALEX PERALES

ALEX PERALES ARIAS
C.C. 1.073.670.370
Trabajador

ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013 – NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 31 de julio de 2025

El Consorcio Salón Comunal 013 deja constancia de la entrega de elementos de protección personal (EPP) al señor **ELIECER LEAL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.304.172, quien se desempeñó como **Oficial** en el proyecto SALÓN COMUNAL 013 (Contrato No. 847-2024), desde el 01 de julio de 2025 hasta el 31 de julio de 2025. Las entregas se realizaron sin costo para el trabajador, con reposición periódica según el desgaste de los elementos, así:

N°	Fecha de entrega	Elementos entregados (cantidad)
1	01 de julio de 2025	Casco de seguridad (1) Gafas de seguridad (1) Guantes de vaqueta (1 par) Protector auditivo de inserción (1 par) Respirador contra material particulado (1) Botas de seguridad punta de acero (1 par) Chaleco reflectivo (1)

Con su firma, el trabajador manifiesta haber recibido los elementos relacionados, conocer su uso, cuidado y disposición adecuados, y se compromete a utilizarlos durante el desarrollo de sus labores en el proyecto.

RICARDO ALBERTO BECERRA
Representante Legal
Consorcio Salón Comunal 013
NIT. 901.901.941-0

LEAL ELIECER

ELIECER LEAL
C.C. 11.304.172
Trabajador

ANEXO SST 11. DOCUMENTOS VEHICULOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 74918

No. DE REGISTRO: MC100642	MARCA: LINK BELT	LINEA: 75 SPIN	AÑO MODELO: 2019
TIPO DE MAQUINARIA: CONSTRUCCION	CLASE: EXCAVADORA		No. SERIE: LBX075Q3NFHEX7153
COLOR(ES): GRIS CLARO ROJO	No. MOTOR: 4LE2-637458		RODAJE: ORUGAS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7660 Kg	2700 mm	2320 mm	5920 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): BANCOLOMBIA S.A.

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.903.938

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S): FELD INGENIERIA LTDA

IDENTIFICACION: NIT 9.002.627.994

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR: STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICION	FECHA VENCIMIENTO
01-11-2019	06-11-2020	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACION	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482019000299892	02/05/2019

COSMO-ID-L3-18

ESTA TARJETA E[illegible]IO NACIONAL

TM0700000[illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada | 500

1. Año 2017

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario: 4820170000147414-9

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 800222033 | 6. DV: 5 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: ARCE MUÑOZ RAMIREZ Y CIA S.A.S

13. Dirección: CR 18 B 7 A 36 | 15. Teléfono: 4142697 | 12. Cód. Admón.: 48 | 16. Cód. Opte: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 802000833 | 25. DV: 8 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS ASESORIAS EN NEGOCIOS INTERNACIONALES ANI | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 498

29. Número documento de identificación: 73127624 | 30. Apellidos y nombres: VELEZ VILLALOBOS FERNANDO

31. Clase importador	32. Tipo declaración	33. Cód.	34. No. Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Expedición	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	13906	No. 916207506	2017 - 03 - 16	No. PEVCTG31189	2017 - 03 - 03

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: 4G EXPORT CORP | 47. Ciudad: DORAL FLORIDA | 48. Cod.País Exportador: 249

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 8202 NW 116TH AV OFC 439 | 50. E-mail: maquinas1978@hotmail.com

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ x=1
7186	2016 - 06 - 02	916	1	221	11	CARIBBEAN AMERICAN SHIPPING AGENCY LTDA	2,923.96

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o crases	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429520000	XX	XX	C200	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms.	72. Peso neto kgs.	dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	249	9,581.39		9,591.39		PK	4	2	U	3.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD	80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Costos USD	82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD	84. Valor aduana USD	85. Código régimen o licencia	86. Número
80,992.00	1,460.94	304.96	0.00	1,765.87	0.00	82,757.87	L	21904351

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
3	2017	XXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	183,501,502	0	0	0
I.V.A.	19.00	183,501,502	34,865,000	34,865,000	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	34,865,000		0

91. Descripción de las mercancías(No olvide la descripción de las mercancías a imputar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, modelos y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de esta formulario)

DIM 2/2 D.O. M-027/17/0. Máquinas cuya superestructura pueda girar 360°, PRODUCTO: MINI EXCAVADORA, MARCA: BOBCAT, MODELO: E35, S
ERIAL: A93K16263, USO O DESTINO: INDUSTRIAL AÑO DE FABRICACION 2013, MOTOR DIESEL, MARCA: KUBOTA, MODELO: D1803, SERIAL: 7C50697,
COLOR BLANCO MONTADAS SOBRE SUS ORUGAS CABINADAS CON SUS BRAZOS Y CUCHARONES FRONTALES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCION
AMIENTO PRECIO CUANDO NUEVA 64.500 CANT. 1 u //ESTAS MAQUINAS CUENTAN CON SISTEMA DE DISPOSITIVO DE SEGURIDAD Y MONITOREO ELEC
TRONICO QUE PERMITE LA LOCALIZACION DE LA MAQUINA Y VERIFICACION POR PARTE DE LAS AUTORIDADES DE CONTROL CONFORME AL DECRETO 723
DEL 10 DE ABRIL DEL 2014 // PRODCUTO: MINI EXCAVADORA, MARCA:BOBCAT , MODELO: E35, SERIAL.A94H11425,USO O (continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 4820170000147414 133. Fecha: 2017 03 21

134. Levante No.	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
4820170000110054	23/03/17		

Firma declarante

AGENCIA DE ADUANAS Asesorías en negocios Internacionales ANI S.A. NIVEL 2 NIT. 802.000.833-8

997. Espacio exclusivo para el sello de la Entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

BANCOLOMBIA CARTAGENA - SOCIEDAD PORTUARIA CGEVA
Colombia el trabajo deja máquina
23 MAR
OF. 500
RECIBIDO CON PAGO

980. Pago Total: Olga L. Gomez H. 34,865,000

Bancolombia 07206000 2

(415)7707212489953(8020)07500260993946

Fecha de Impresión: 2017-03-21 10:32

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 121441

No. DE REGISTRO MC056351	MARCA BOBCAT	LINEA E32	AÑO MODELO 2010
TIPO DE MAQUINARIA CONSTRUCCION	CLASE MINI EXCAVADORA	No. SERIE A9MH11425	
COLOR(ES) VERDE	No. MOTOR AQ0380	RODAJE ORUGAS	

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
3294 Kg	2429 mm	1520 mm	4662 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
RENTACOL LM SAS

IDENTIFICACIÓN
NIT 901.741.296

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
13-12-2018	02-10-2023	******
ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482017000147414	23/03/2017



ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000037255

DUVÁNA	HOJA DE VIDA E INSPECCION DE EQUIPO Y MAQUINARIA MAYOR Y MENOR	Código: SGI FO -24
		Versión: 01
		Fecha: 2019
		Página 1 de 3

INSPECCION A EQUIPO MENOR Y MAYOR

PROYECTO: CONEXTANCE RETRO LINKBELT 75

FECHA DE INSPECCION: 07-04-2025

TIPO DE INSPECCION: Pre-operacional ☐ Planeada ☐ Post-mantenimiento ☒

EQUIPO HOROMETRO AL CAMBIO 5311

PULIDORA ☐ MARTILLO HIDRAULICO ☐ TALADRO ☐ MOTOBOMBA ☐ VIBRADOR ☐ SIERRA ELECTRICA ☐

COMPRESOR ☐ PLANTA ELECTRICA ☐ OTRO: HOROMETRO PARA CAMBIO 5561

DATOS DEL SUMINISTRO

Propietario y/o Proveedor:

DATOS DEL EQUIPO

Modelo y/o Marca:

No. Serie:

Certificado de compra

Fecha ultima Sincronización y/o Mantenimiento: Fecha de Compra:

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	VALORACION			OBSERVACIONES
		A	I	N.A	
1	Limpieza General: verificar el estado en general.	X			
2	Estado general del Equipo: ajustada, sin roturas oxido o partes filosas, piezas de degaste	X			
3	Protecciones del equipo: Fijas, en buenas condiciones (que no estén rotas ni fisuradas) en posición correcta.	X			
4	Mangos o Puntos de Apoyo: Que estén en perfecto estado, aislados y fijos.			X	
5	Cuerpo del Equipo: Que este ensamblado, completo, aislado y sin fisuras.			X	
6	Enchufes y Conexiones: Que no estén rotos, no tenga añadiduras.			X	
7	Funcionamiento del equipo: verificar que no tenga vibraciones, ruidos extraños ni anormales, que no emita chispas.	X			
8	Extensión Eléctrica: Extensiones con longitud suficiente de alcance al área de trabajo, aisladas y conectadas.			X	
9	Niveles de aceite e Hidráulico: Verificar que los niveles estén dentro de la cuadricula de la varilla medidora. Limpio y viscoso, libre de elementos.	X			
10	Interruptores y Pulsadores: De encendido o apagado sin cables eléctricos expuestos, y en buenas condiciones	X			
10	Adaptadores y Mangueras: Sin rupturas, bien sujetos, sin perforaciones y limpias.			X	
11	Aspas de Ventilación: Completas, sin perforaciones ni roturas.	X			
12	Palancas de Cambios: Verificar su accionamiento sin	—	—	—	

DUVÁNA	HOJA DE VIDA E INSPECCION DE EQUIPO Y MAQUINARIA MAYOR Y MENOR	Código: SGI FO -24			
		Versión: 01			
		Fecha: 2019			
		Página 2 de 3			

	presionarlo demasiado, que las tuercas y acoples estén bien ajustado.				
13	**Tanques de Gasolina:** Verificar que no estén rotos, sin soldaduras ni añadiduras, que tenga suficiente combustible.			X	
14	**Sistema de Soportes de Rodillos:** Verificar su giro, las tuercas, tornillos, verificar el ajuste.			X	
15	**Base del equipo:** Verificar el material, y ajuste de tornillería.			X	
16	**Protecciones y Guardas:** Verificar que las guardas estén completos, que no hayan fisuras en la estructura del equipo.			X	
17	**Mangueras:** El estado de las mangueras es el adecuado, y sus conexiones.			X	
18	**Accesorios y Repuestos:** "Brocas, discos acoples, tubería, abrazadores, empaques, etc.			X	
19	**Filtros:** Verificación de cambio	X			
20	**Tanque de Combustible:** Que no se presenten fugas	X			
21	**Correas y Poleas:** Verificar que no se encuentren fisuradas y no estén rotas	X			
22	**Motor:** revisar el soporte del motor, verifique que está bien sujeto a la base del tanque.	X			
23	**Extensión Eléctrica:** Verificar que las extensiones con longitud suficiente de alcance al área de trabajo, aisladas y conectadas.			X	
24	**Pinza porta electrodos:** Verificar que se encuentre bien equilibrada por su cable y fijada al mismo de modo que mantenga un buen contacto.	X			
25	**Circuito de soldadura:** Verificar Los cables del circuito de soldadura al ser más largos deben protegerse contra proyecciones incandescentes, grasas, aceites, etc., para evitar arcos o circuitos irregulares.			X	
26	**Carcasa:** Verificar que La carcasa esté conectada a una toma de tierra asociada a un interruptor diferencial que corte la corriente de alimentación en caso de que se produzca una corriente de defecto.			X	
27	**Cables:** Verificar que los cables positivo y negativo del equipo no estén mal empalmados o pelados o en mal estado.			X	
28	Área de trabajo: Verificar que el área de trabajo se encuentra ventilada e iluminada			X	
29	**Mampara.** Verificar la existencia de mamparas de separación de puestos de trabajo para proteger al resto de operarios. El material debe estar hecho de un material opaco o translúcido robusto.			X	

Verificación de los EPPS a Utilizar (describase):

A. Aceptable si cumple completamente el requisito

I. Inaceptable si por la falta de cumplimiento se pone en riesgo la vida o los bienes materiales

N.A. No aplica para el vehículo en inspección.

Nombre del responsable de la inspección:

KING OCEAN SERVICES

King Ocean Services L. D.

BILL OF LADING
International Bill of Lading

Shipper - Exporter / Proveedor - Exportador
EXPRESS INTERNATIONAL FREIGHT
8345 N.W. 74 STREET
MIAMI FL. 33166 , USA
Phone: (305)477-4041 Fax: (305)477-6041

Bill of Lading **PEVCTG31189**
Booking Number 10368958 Job Number, 00117172-02

Export References
M-15347A

Consignee / Consignatario
ARCE MUNOZ RAMIREZ Y CIA S.A.S
COMERCOL ZONA FRANCA S.A.S.
NIT: 900.374.445-3 BODEGAS 3 Y 4
MANGA CALLE 29 27-05 CARTAGENA - COLOMBIA TEL: 6608165

Forwarder Agent / Agente Expedidor Broker
EXPRESS INTERNATIONAL FREIGHT
8345 N.W. 74 STREET
MIAMI FL. 33166 , USA
Phone: (305)477-4041 Fax: (305)477-6041

Forwarder Ref.

Notify Party / Notificar
GRUPO FEVECOMEX SAS / NIT: 800211461-1
MANGA 4TA AV. NO. 24-97 APTO 301 C
CARTAGENA - BOLIVAR - COLOMBIA TEL. (57-5) 6608767/6609555
CEL. 314-5505330/314-5504075

Routing and Instructions / Ruta e Instrucciones
FILE 15347/661

Caribbean American Shipping Agency
Agentes Maritimos
Oficina de Cartagena
Firma Autorizada
10 MAR 2017

Place of Receipt / Lugar de Recibo	Precarriage by / Transportado por		
PORT EVERGLADES	H & M CONTAINER TRANSPORT,		
Vessel and Voyage	Port of Loading / Puerto de Carga	Loading Pier / Terminal	Type of Move / Movimiento
LENA / 16SB	PORT EVERGLADES, U.S.A.	SUN TERMINAL / PORT EVERGLADES	PIER/PIER
Port of Discharge / Puerto de Descargue	Place of Delivery / Lugar de Destino Final	Point and Country of Origin	Service Contract
CARTAGENA, CO	CARTAGENA, CO	PORT EVERGLADES	2016-5441

PARTICULARS FURNISHED BY SHIPPER

Marks & Numbers	DR/TIR	No. of Pkgs	HM	Description of Packages and Goods	Gross Weight	Measurements
AS ADDRESSED	20074619	1 x 40HC		KOSU-495495-7 SEAL: 1805033 SLWC. (4 PC) 1 2013 BOBCAT E35 MINI EXCAVATOR S/N A93K16263 1. 2010 BOBCAT E32 MINI EXCAVATOR S/N: A94H11425 1. 2009 BOBCAT 425 MINI EXCAVATOR S/N AACJ11233 1. 2011 BOBCAT S175 MINI EXCAVATOR S/N A3L537785 AES ITN# X20170217654161	32,628.41 LB 14,800.00 KG	

"Line does not make itself responsible for freight amount represented on this BL".
**Freight Prepaid*
THESE COMMODITIES, TECHNOLOGY OR SOFTWARE WERE EXPORTED FROM THE UNITED STATES IN ACCORDANCE WITH THE EXPORT ADMINISTRATION REGULATIONS. DIVERSION CONTRARY TO U.S. LAW PROHIBITED.

TOTALS	1	32,628.41 LB	14,800.00 KG

Shipper declared value $ _____ AS PER TARIFF AND CARRIERS LIABILITY LIMITS (SEE CLAUSE 13 OVERLEAF)

Charge Description	Prepaid	Collect

AS PER AGREEMENT

*** ORIGINAL ***

Received by the Carrier for shipment by ocean vessel between port of loading and port of discharge, and for and for arrangement or procurement of pre-carriage from place of receipt and on carriage to place of delivery where state above. The goods as specified above in apparent good order and condition unless otherwise state. The goods to be delivered at the abovementioned port or discharge or place of delivery, whichever is applicable, subject always to the exceptions, limitations, conditions and liberties set out on the reverse side hereof to which the Shipper and for Consignee agree to accepting this Bill of Lading.
IN WITNESS WHERE OF three (3) original Bills of Lading have been signed not otherwise states above, one of which being accomplished, the others shall be void.

Dated At PORT EVERGLADES, U.S.A. On March 03, 2017

By (Name of Agent) KING OCEAN AGENCY INC.

Per (for the Master)

TERMS OF BILL OF LADING CONTINUED ON BACK HEREOF

Link-Belt
EXCAVATORS

75 X3

SPECIFICATIONS

SAE Net Horsepower: 54 HP (40 kW)
Operating Weight: 17,400 lbs. (7 900 kg)
Digging Depth: 13 ft. 7 in. (4.13 m)



Cab

The Link-Belt X3 cab is the strongest and roomiest LBX has ever offered. The X3 cab is ROPS and FOPS Level 1 certified and is designed to be strong and safe without sacrificing operator comfort. These improvements leave plenty of room to rest work boots on the two foot rests on either side of the travel pedals.



Roomy
- 8% larger than X2 series cab
- 6% more floor space

Strong
- ROPS and FOPS Level 1 certified

Comfortable
- Fully-adjustable KAB seat in the 145 X3 and 235 X3, forward/backward, up/down
- Seat slides independently of console
- Adjustable arm rest angles, lumbar support, suspension

Optimum Visibility
- Sunroof with sunshade rated FOPS level 1
- Additional mirrors
- Standard rearview camera
- Wiper blade stores off front glass

Ergonomic Joysticks
- Low-effort
- Pre-wired for auxiliary hydraulics
- Function buttons for wiper swipe, horn, radio mute and one-touch idle
- Large, easy-to-push triggers

Quiet
- Pressurized cab
- 8% stronger climate control system with 8 vents
- Auxiliary sound jack to enjoy music or podcasts

Organized
- Logically located switches and controls
- Accessible 12V outlet for cell phone charging
- Cup holder
- Handy phone storage areas
- Removable ashtray; empty space can be used as an additional cup holder



High-Definition 7” LCD Monitor

The Link-Belt X3’s from LBX are equipped with an all new High-Definition LCD monitor. The full-color 7-inch monitor is one of the largest in the industry and rivals the resolution and quality found in luxury automobiles.

The X3’s user-friendly monitor panel includes an engine-idle shutdown option that safely shuts off the engine after 3 minutes of idling, conserving fuel. Another idle feature accessible from the monitor panel is the auto-idle feature that, when selected, takes the engine speed down to an idle level, conserving fuel while waiting for that next truck to show up.



145 X3 and 235 X3 Models

The 145 X3 and 235 X3 models use a “passive” regeneration process and the monitor clearly lets the operator know what is going on and if they need to do anything with the machine. The on-screen DPD gauge shows the level of particulate matter that the DPF is capturing and will clean it out every 8 hours by way of an Auto Regeneration. During the Auto Regeneration process, the operator does NOT have to do anything with the machine other than keep working. During a parked, or Manual Regeneration, the monitor will give the operator the appropriate instructions on what to do with the machine, making it as simple as possible.

In-Cab Control

- Select and set up attachments
- Track or monitor up to 13 service interval reminders
- Engine idle shutdown, which, when selected, safely shuts off the engine after 3 minutes of idling to conserve fuel
- Adjust hydraulic flow
- 18 languages available

Monitor

- Fuel consumption gauge
- Full color display of standard rear view camera AND optional side-view camera on the same screen
- Monitor engine coolant and hydraulic oil temperatures
- Displays fuel level, travel mode, work mode and attachment mode
- System/Machine warning messages
- Work tool settings



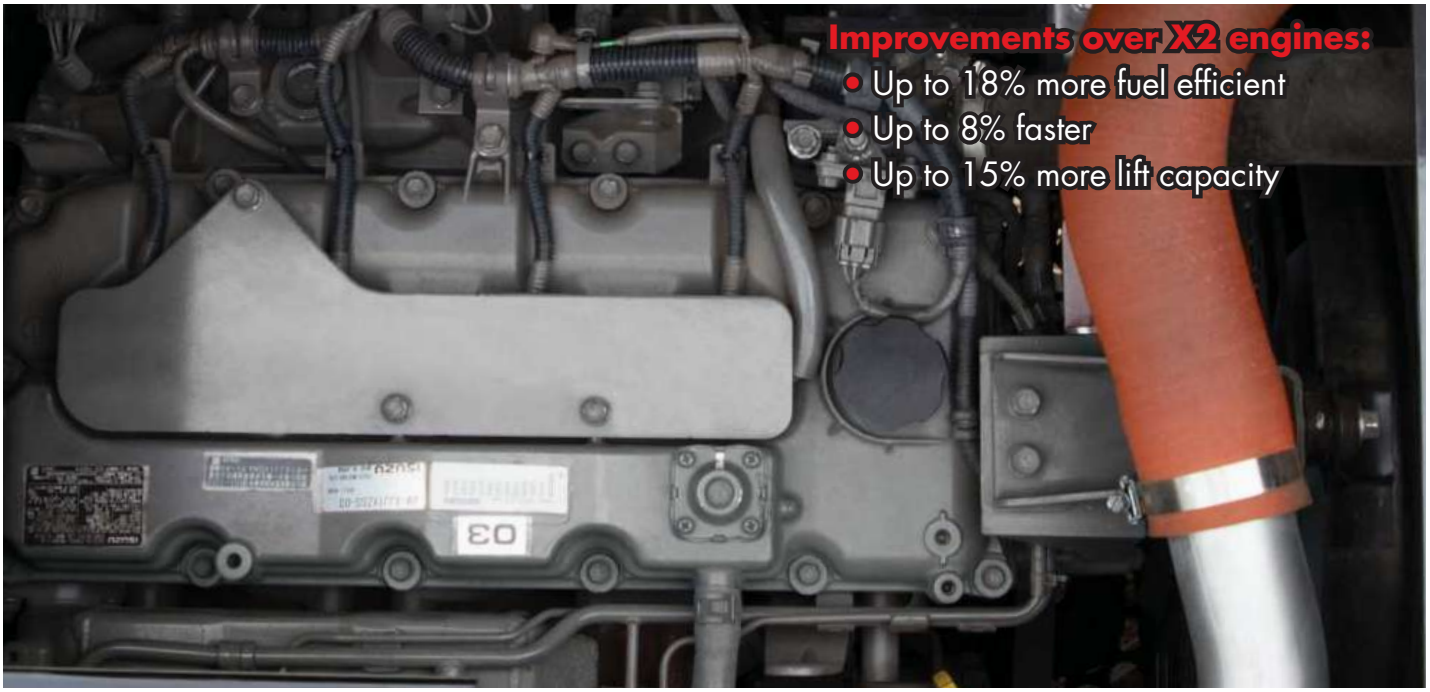


A standard rear-view camera displays a panoramic view of the worksite from the rear of the machine, an optional side-view camera is available.



From the Computer Menu, you can change the monitor language, program service reminders and change auxiliary settings for flow to name a few.

Engine



The fuel-efficient, powerful, productive, quiet and long-lasting Isuzu engine LBX uses in the Link-Belt X3 series meets the EPA's Interim Tier 4 (Tier 4a) requirements by way of cooled exhaust gas recirculation (EGR) technology and a diesel particulate diffuser system (DPD) in the 145 X3 and 235 X3. The DPD consists of a diesel oxidation catalyst (DOC) and a diesel particulate filter (DPF) for "passive regeneration" of exhaust emissions. The 75 X3 and 80 X3 are Final Tier 4-certified and are not equipped with a DPF; therefore, they do not require any regeneration.

A new variable geometry turbocharger (VGT), available on the 145 X3 and 235 X3, helps optimize the combustion process and ensures consistent boost pressure during low engine rpm's. This maintains efficient machine performance and helps eliminate harmful nitrous oxides (NOx) from forming.

The X3 has three engine work modes to give the operator full control of the machine for the job at hand:



- **Speed Priority (SP mode)** is the fastest and most productive mode giving the operator peak machine performance to get the job done quickly.
- **Heavy (H mode)** is a perfect combination of fuel efficiency and productivity. It really is the best of both worlds!
- **Applied Power (A mode)** gives the operator 13 different engine rpm settings to choose from to easily fine tune the machine to the specific job at hand. This mode is perfect for heavy lifting, fine grading or leveling work, and pipeline contractors use it to safely set pipe down into the trench.



Intelligent Design

- Quiet
- Long-lasting
- One-touch idle and auto idle functions conserve fuel
- Idle start protects a cold engine from over-revving
- Auto engine warm up feature gradually increases engine speed until normal operating temperature is achieved

Hydraulics

The Link-Belt X3's from LBX are equipped with two Kawasaki variable-displacement axial-piston pumps and one Kawasaki gear pump installed in-line with the engine. This is the most efficient hydraulic pump layout – keeping engine rpm's low while producing plenty of hydraulic muscle.



The X3 uses an open center hydraulic system which refers to the open passage in the control valve that allows the hydraulic oil to return to tank when the control valve is centered. This design gives the machine a much smoother feeling when operating and also eliminates excess pressure throughout the system, which, in turn, helps to conserve fuel.

Powerful & Productive

- Available on the 145 X3 and 235 X3, Auto Power Boost gives 9% more hydraulic pressure (power) for 8 seconds
- More speed through larger hydraulic lines
- Improved oil regeneration circuits

Safe

- Boom and arm holding valves
- Standard hydraulic control pattern change valve to move between ISO and SAE
- Optional "Free Swing" auto-centers the machine over the load and takes out the pendulum effect of large, long loads

Long-lasting

- Continuous filtration of 5000-hour hydraulic oil through a 6 micron, full-flow return filter
- Less wear due to reduced back pressure



Serviceability

Easy to maintain

- Ground level access to:
  - ✓ Batteries
  - ✓ Dual fuel filters with water separators
  - ✓ Engine oil filter
  - ✓ Dual element air filter
  - ✓ Cab fresh air filter
- Green drain plug and hose
- Easy-open engine hood
- Easy-access in-cab fuse box accessible while seated in cab seat
- Side-by-side oil cooler/radiator design is easy to clean
- Quick and easy access to grease all attachment pivot points
- Grease cylinder track adjusters make adjusting track tension a breeze

Maintenance reminders

- In-cab monitor will track 13 different serviceable items:
  - ✓ 5 reminders for engine items
  - ✓ 5 for hydraulic items
  - ✓ 3 other reminders

Simple

- Flexible and heat-resistant color-coded wiring harnesses
- External fuel site gauge can be viewed from ground-level to see fuel levels
- Lube and maintenance charts posted inside toolbox for readability and protection from the elements

Performance

Improvements and Optimizations

- 15% increased lift capacity over previous series
- 18% better fuel efficiency than previous series
- 8% faster cycle times
- Time will be saved in switching out the attachment tools via the in-cab monitor











Innovation at Work

RemoteCARE™

Always Know When and Where Machines are Working

With the Link-Belt RemoteCARE™ telematics system, you'll receive timely and reliable machine utilization and operational data, combined with 24/7 surveillance and anti-theft tools.

RemoteCARE

RemoteCARE monitors:

- Machine Location
- Geo-fence & Curfew Range
- Fuel Levels
- Actual Fuel Consumption
- Hour Meter Reading
- Idle Time
- Attachment Working Hours
- Working Modes
- Radiator Water Temperature
- Service Maintenance Reminders
- Service Warnings

Durability

LBX built the Link-Belt X3 series to last, and they come with one of the best standard warranties in the industry. We back our machines with a 1-year / 1,800 hour full machine warranty, a 2-year / 3,000 hour engine warranty, and a 3-year / 10,000 hour XtraStructure warranty that even covers the turntable bearing and tub.

LBX Warranty CERTIFIED PRODUCT SUPPORT



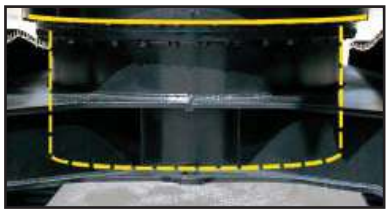
EMS (Extended Maintenance System) chrome pins and grease impregnated brass bushings with graphite inserts reduce wear-and-tear and can be found throughout the attachment. This design makes it possible to extend lube intervals to 6 months or 1,000 hours at all pivot points excluding the bucket which is monthly or 250 hours, whichever comes first.

Strong

- All booms and arms are ultrasound tested at the factory
- X-Pattern carbody made with high tensile strength steel
- Turntable bearing tub extends through the carbody and is welded on top and bottom
- Factory standard belly pan guard
- D-channel sideframes provide excellent impact resistance
- Cab is FOPS level 1 and ROPS certified
- Thicker steel plating on the attachment
- Standard HD linkage on 350 X3 and 470 X3 and on all Link-Belt X3 excavators ordered with factory hydraulic packages



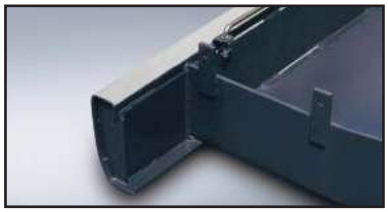
X-Pattern carbody



Turntable bearing tub

Options

- Pre-existing mounting bosses make adding additional guarding easy
- Rubber bumper guarding
- Catwalks



D-channel sideframes



Specifications

Engine

Isuzu AP-4LE2X Final Tier 4 turbocharged diesel engine with electronic control (ECM) and high pressure common-rail fuel injection, 4-cylinder, Water-cooled, Cooled Exhaust Gas Recirculation (CEGR), Turbocharger, Intercooler, Diesel Oxidation Catalyst (DOC), Electronic fuel pump and priming, Fuel cooler, Auto-idle start, Auto warm-up, EPF engine protection, Dual-stage fuel filtration, In-cab fuel filter restriction indicator, Remote oil filter, Green plug oil drain, Double element air filter, Spark arrest muffler, Battery disconnect switch.

SAE net horsepower.....54 hp (40 kW) @ 2,000 rpm
Displacement.....133 cu in (2.2 L)
Maximum Torque.. 142 lbf-ft (193 Nm) @ 1,800 rpm
Starter .....24V-3.2 kW
Alternator.....50 amp
Battery..... (2) 12-volt 64 amp hours

Cab and Controls

ROPS certified cab with climate control A/C and heat with defroster, Control panel with LCD Hi-Definition color monitor, Rearview camera display, Fuel-efficiency gauge, Low-effort joysticks pre-wired for auxiliary hydraulics, Control pattern changer, Safety glass windows, Sunroof with sunshade, Shockless cab suspension with four fluid mountings, SCM reclining suspension seat, AM/FM sound system with MP3 auxiliary input jack, Digital clock, Dome light, Seat belt, Coat hook, Cup holder, Storage compartments, Floor mat, Footrests, 12-volt outlet, Travel alarm, Handrails, Mirrors, Cab light, Side-entry cab filter, Spare parts kit.

Three selectable working modes, Anti-theft password protection system, On-board self-diagnostic system with memory and service interval reminders, Auto-idling system, One-touch decelerator, Auto-idle engine shutdown, Neutral safety start, Gate-lock safety shutoff.

A/C Rating .....20,080 BTU/h
Heater Rating .....21,030 BTU/h
Sound Level - Cab Interior..... 72.0 dB(A)
Sound Level - Exterior..... 97.0 dB(A)

Swing

Planetary reduction powered by axial-piston motor, Internal ring gear with grease cavity for swing pinion, Swing bearing is single-row, shear type ball bearing, Mechanical disc swing brake, Auto-power swing.

Swing Speed.....10.4 rpm
Tail Swing .....4' 9" (1.29 m)
Swing Torque ..... 12,500 lbf-ft (17.0 kNm)

Hydraulic System

Open-center system, Two variable-displacement axial-piston pumps and one gear pump for pilot controls, Main control valve with one 4-spool section and one 5-spool section with auxiliary spool, One-spool valve for blade, Auxiliary Control System, Oil cooler, Boom holding valve, 6 micron return filter, Firewall.

Hydraulic Pumps

Pump Output .....2 x 19.6 gpm (74 L/min)
Pilot Pump Max. Flow ..... 4.8 gpm (18 L/min)
Blade Pump Max. Flow ...9.4 gpm (35.4 L/min)

Relief Valve Settings

Boom/Arm/Bucket..... 4,260 psi (29.4 MPa)
Swing Circuit..... 3,280 psi (22.6 MPa)
Pilot Pump Working
Circuit Pressure..... 570 psi (3.9 MPa)
Blade Pump Working
Circuit Pressure..... 3,410 psi (23.5 MPa)
Travel Circuit ..... 4,260 psi (29.4 MPa)

Hydraulic Cylinders

number of cylinders - bore x rod x stroke

Boom ..... 1 - 4.5"x 2.9" x 33.5"
(115 mm x 75 mm x 850 mm)

Arm..... 1 - 3.9" x 2.5" x 29.7"
(100 mm x 65 mm x 755 mm)

Offset Arm Cylinder ... 1 - 3.7" x 2.4" x 26.9"
(95 mm x 60 mm x 685 mm)

Offset Cylinder ..... 1 - 3.9" x 2.2" x 12.4"
(100 mm x 55 mm x 315 mm)

Bucket ..... 1 - 3.3" x 2.2" x 26.2"
(85 mm x 55 mm x 665 mm)

Blade ..... 1 - 4.3" x 2.8" x 7.1"
(110 mm x 70 mm x 180 mm)

Undercarriage

X Pattern carbody with dozer blade, 6' 2" (1.87 m) track gauge, Sealed and strutted track chain with track guide, Sealed rollers and idlers, Two-speed independent hydrostatic travel with compact planetary final drive, Disc type brakes, Adjustable track tension, Carbody belly pan.

Carrier Rollers .....1 per Side
Track Rollers .....5 per Side
Track Link Pitch .....6.06" (154 mm)
Shoes ..... 39 per Side
Shoe Width.....17.7" (450 mm)
Ground Pressure
Mono Boom.....5.08 psi (0.35 Bar)
Offset Boom.....5.37 psi (0.37 Bar)

Travel System

Two-speed independent hydrostatic travel with compact axial-piston motors, Hydraulic motor powered output shaft coupled to a planetary reduction drive and track sprocket, All hydraulic components mounted within the width of side frame, Automatic downshift for high torque to overcome obstacles, Spring-applied hydraulic release parking brake built into each motor, Travel motors equipped with counterbalance valve to prevent over-speeding down an incline.

Travel Speeds...2.0 - 3.2 mph (3.2 - 5.1 km/h)
Drawbar Pull .....13,400 lbf (59.5 kN)
Gradeability..... 70% (35°)

Attachment

Boom .....12' 4" (3.75 m)
Offset Boom .....12' 9" (3.89 m)

Available Arms (Excavator) **Digging Force**
• 5' 7" (1.69 m) .....8,880 lbf (39.5 kN)
• 7' 2" (2.19 m) .....7,600 lbf (33.8 kN)

Available Arms (Offset) **Digging Force**
• 5' 9" (1.75 m) .....8,860 lbf (39.4 kN)
• 6' 11" (2.10 m) .....7,800 lbf (34.7 kN)

Bucket Digging Force....12,800 lbf (56.9 kN)

Lubricant and Coolant Capacity

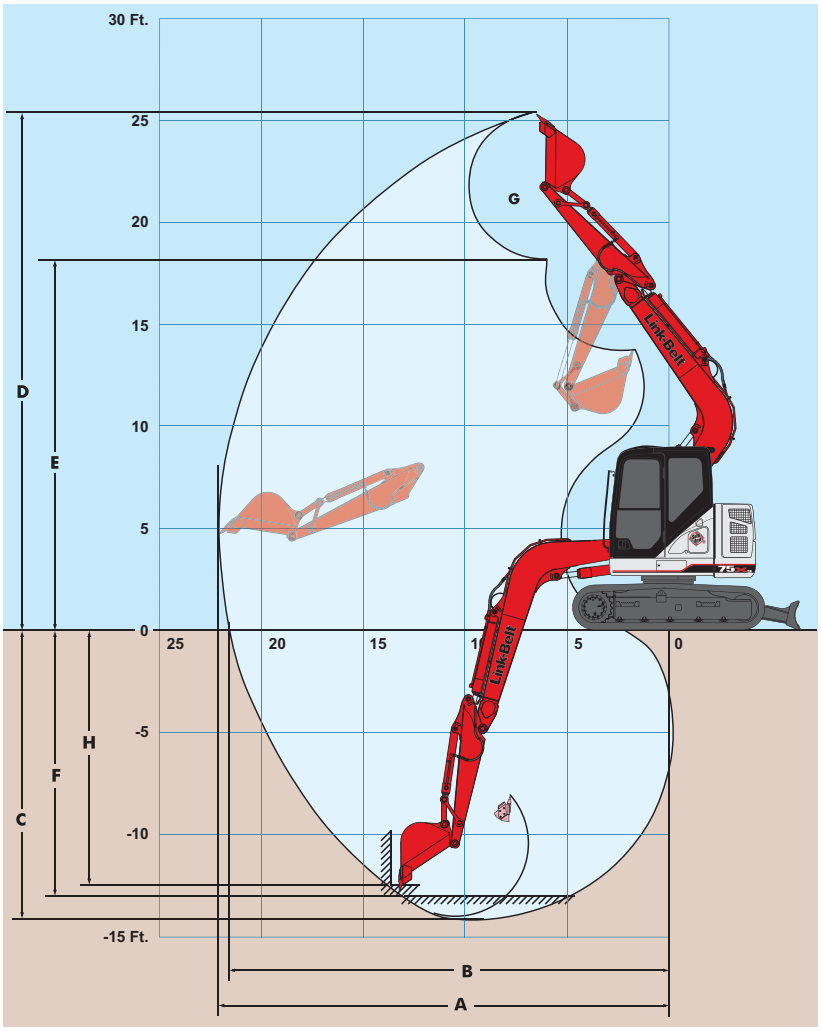
Fuel Tank.....31.7 Gallons (120.0 Liters)
Hydraulic System ...25.4 Gallons (96.3 Liters)
Hydraulic Tank.....13.5 Gallons (51.0 Liters)
Final Drive (per side)...0.3 Gallons (1.1 Liters)
Engine Oil.....3.0 Gallons (11.5 Liters)
Coolant System.....3.2 Gallons (12.2 Liters)

Operating Weight

Mono Boom Excavator - Working weight with blade, 17.7" (450 mm) shoes, 12' 4" (3.75 m) boom, 5' 7" (1.69 m) arm, 460 lb. (210 kg) bucket, 2,140 lbs (970 kg) counterweight ..... 17,400 lbs. (7 900 kg)

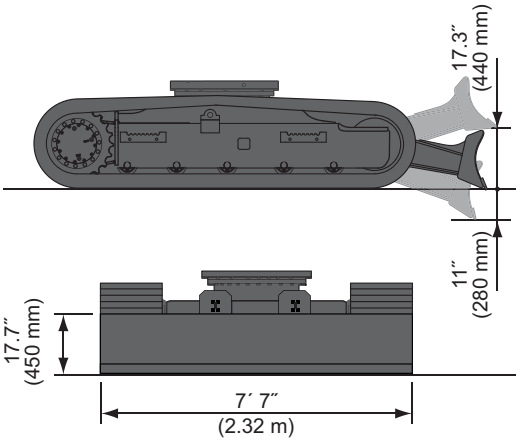
Offset Boom Excavator - Working weight with blade, 17.7" (450 mm) shoes, 12' 9" (3.89 m) boom, 5' 9" (1.75 m) arm, 460 lb. (210 kg) bucket, 2,140 lbs (970 kg) counterweight ..... 18,300 lbs. (8 280 kg)

Working Ranges

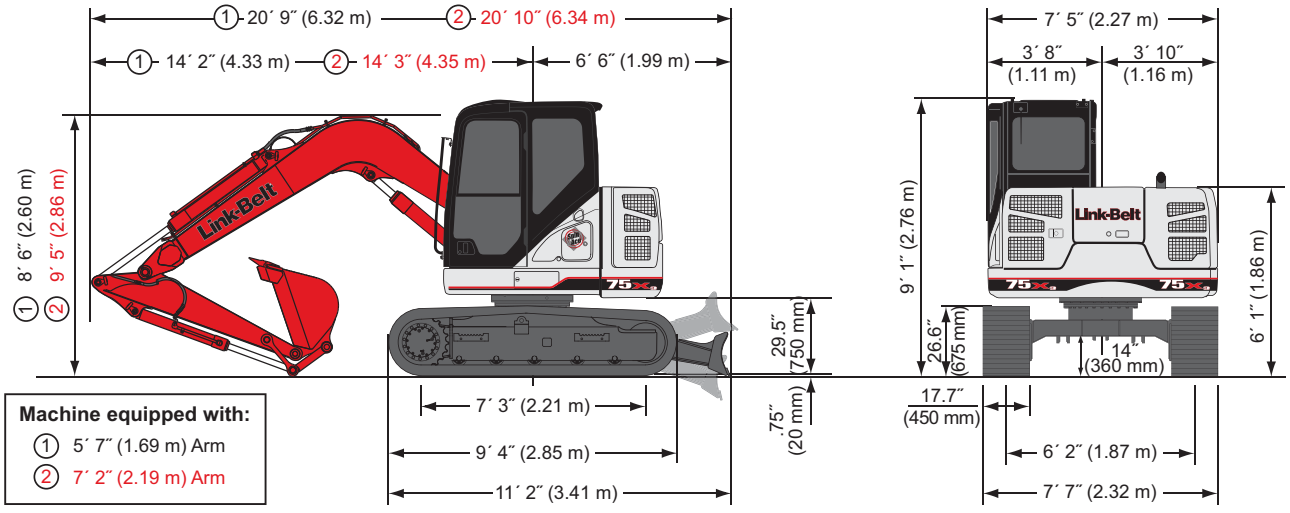


Machine Equipped with 12´ 4˝ (3.75 m) Boom	Arm 5´ 7˝ (1.69 m)	Arm 7´ 2˝ (2.19 m)
A. Maximum reach	21´ 0˝ (6.41 m)	22´ 7˝ (6.89 m)
B. Maximum reach @ ground level	20´ 7˝ (6.27 m)	22´ 2˝ (6.76 m)
C. Maximum dig depth	13´ 7˝ (4.13 m)	15´ 2˝ (4.63 m)
D. Maximum dig height	24´ 2˝ (7.37 m)	25´ 6˝ (7.77 m)
E. Maximum dump height	17´ 4˝ (5.28 m)	18´ 7˝ (5.67 m)
F. Digging depth 8' (2.44 m) level bottom	12´ 6˝ (3.80 m)	14´ 4˝ (4.36 m)
G. Bucket rotation	177°	177°
H. Maximum vertical wall depth	11´ 11˝ (3.64 m)	13´ 9˝ (4.20 m)

Blade Dimensions

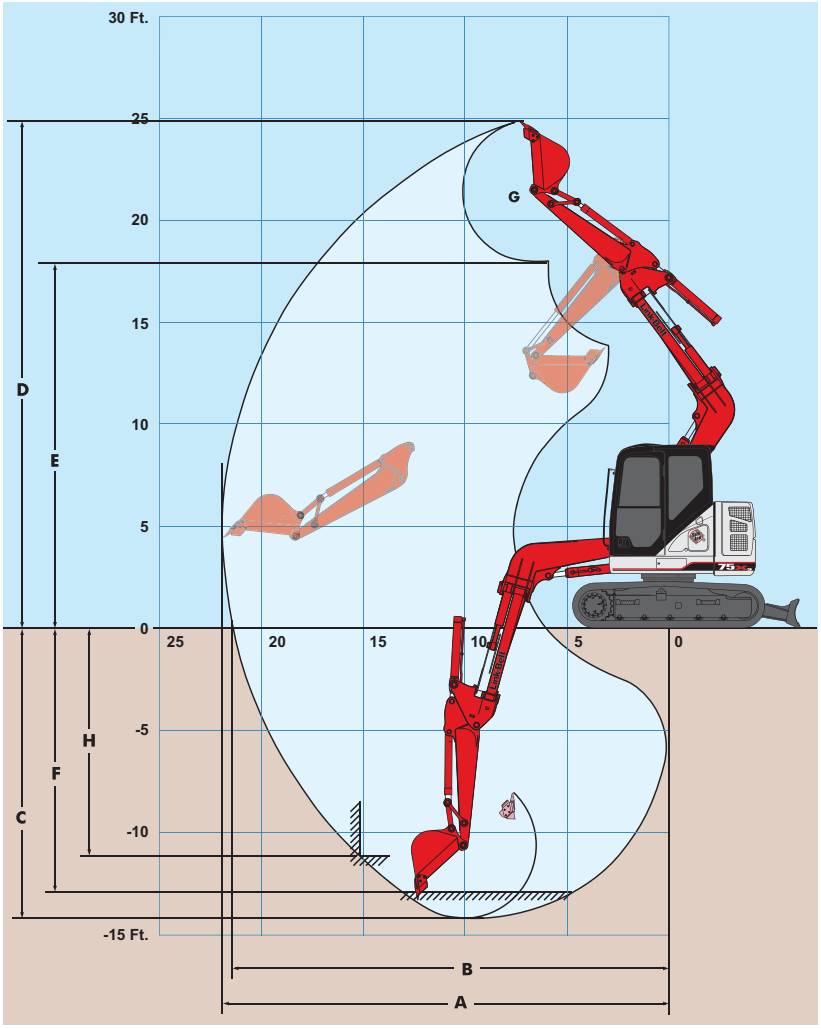


Travel Dimensions

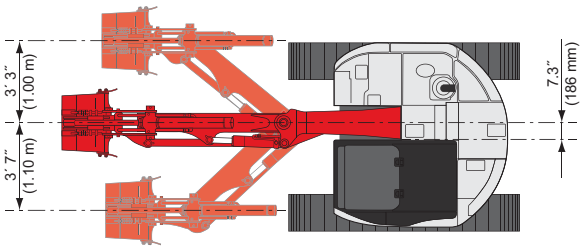


Machine equipped with:
1. 5´ 7˝ (1.69 m) Arm
2. 7´ 2˝ (2.19 m) Arm

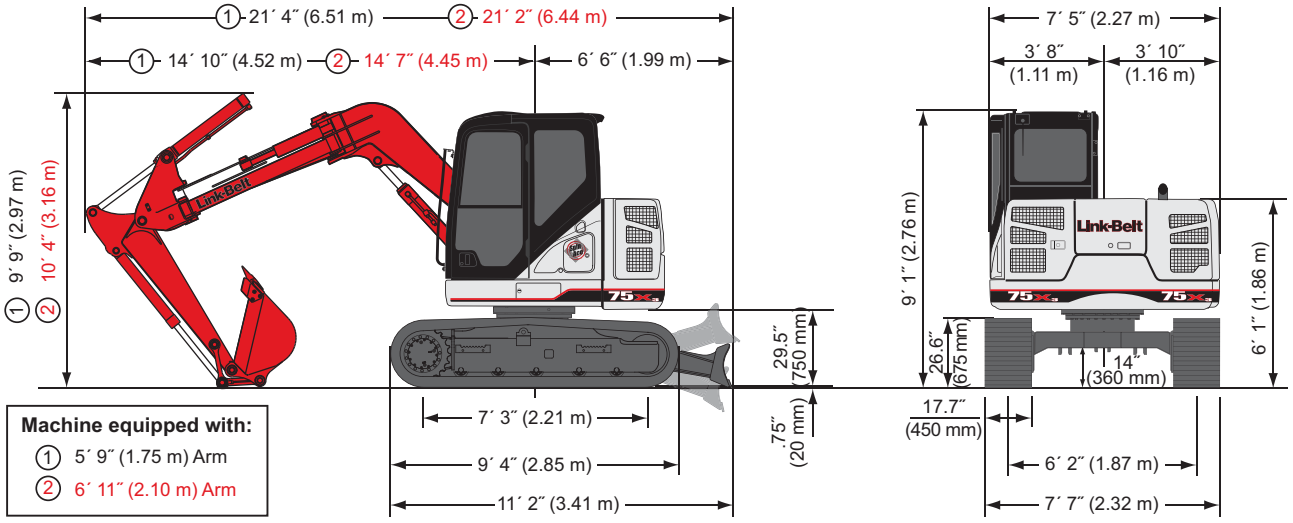
Working Ranges



Machine Equipped with 12′ 9″ (3.89 m) Boom	Arm 5′ 9″ (1.75 m)	Arm 6′ 11″ (2.10 m)
A. Maximum reach	21′ 4″ (6.50 m)	22′ 3″ (6.79 m)
B. Maximum reach @ ground level	20′ 10″ (6.36 m)	21′ 10″ (6.66 m)
C. Maximum dig depth	13′ 11″ (4.25 m)	15′ 1″ (4.60 m)
D. Maximum dig height	24′ 3″ (7.38 m)	24′ 11″ (7.59 m)
E. Maximum dump height	17′ 5″ (5.31 m)	18′ 1″ (5.52 m)
F. Digging depth 8′ (2.44 m) level bottom	12′ 8″ (3.87 m)	13′ 11″ (4.25 m)
G. Bucket rotation	177°	177°
H. Maximum vertical wall depth	10′ 11″ (3.33 m)	12′ 1″ (3.68 m)



Travel Dimensions



Lifting Capacities - ISO Ratings

Radius of Load - Mono Boom with Blade Down

5´ 7˝ (1.69 m) Arm with 12´ 4˝ (3.75 m) Boom and 450 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			3,750*	3,750*					2,700*	2,700*
(6.0 m)	kg			1 690*	1 690*					1 210*	1 210*
+15´ 0˝	**lbs**			4,050*	4,050*	3,650*	3,450			2,300*	2,300*
(4.5 m)	kg			1 850*	1 850*	1 690*	1 600			1 050*	1 050*
+10´ 0˝	**lbs**	8,300*	8,300*	5,500*	5,500*	4,150*	3,300			2,250*	2,050
(3.0 m)	kg	3 910*	3 910*	2 560*	2 560*	1 910*	1 540			1 030*	930
+5´ 0˝	**lbs**			7,350*	5,950	4,850*	3,100	2,950*	1,900	2,400*	1,900
(1.5 m)	kg			3 380*	2 770	2 230*	1 450	1 620*	890	1 090*	850
Ground	**lbs**			8,000*	5,550	5,050*	2,950			2,750*	1,950
Line	kg			3 690*	2 570	2 340*	1 370			1 250*	890
-5´ 0˝	**lbs**	8,250*	8,250*	7,450*	5,450	4,700*	2,900			3,600*	2,400
(1.5 m)	kg	3 660*	3 660*	3 440*	2 550	2 180*	1 350			1 630*	1 080
-10´ 0˝	**lbs**	8,600*	8,600*	5,150*	5,150*					3,400*	3,400*
(3.0 m)	kg	4 030*	4 030*	2 430*	2 430*					1 560*	1 560*

Radius of Load - Mono Boom with Blade Up

5´ 7˝ (1.69 m) Arm with 12´ 4˝ (3.75 m) Boom and 450 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			3,750*	3,750*					2,700*	2,700*
(6.0 m)	kg			1 690*	1 690*					1 210*	1 210*
+15´ 0˝	**lbs**			4,050*	4,050*	3,600	3,300			2,300*	2,300*
(4.5 m)	kg			1 850*	1 850*	1 670	1 540			1 050*	1 050*
+10´ 0˝	**lbs**	8,300*	8,300*	5,500*	5,500*	3,500	3,150			2,150	1,950
(3.0 m)	kg	3 910*	3 910*	2 560*	2 560*	1 620	1 470			970	880
+5´ 0˝	**lbs**			6,400	5,700	3,250	2,950	2,000	1,850	1,950	1,800
(1.5 m)	kg			2 970	2 640	1 520	1 380	940	850	890	810
Ground	**lbs**			5,950	5,250	3,100	2,800			2,050	1,850
Line	kg			2 760	2 440	1 440	1 300			930	850
-5´ 0˝	**lbs**	8,250*	8,250*	5,850	5,200	3,050	2,750			2,500	2,300
(1.5 m)	kg	3 660*	3 660*	2 740	2 420	1 420	1 290			1 130	1 030
-10´ 0˝	**lbs**	8,600*	8,600*	5,150*	5,150*					3,400*	3,400*
(3.0 m)	kg	4 030*	4 030*	2 430*	2 430*					1 560*	1 560*

Lifting Capacities - ISO Ratings

Radius of Load - Mono Boom with Blade Down

7´ 2˝ (2.19 m) Arm with 12´ 4˝ (3.75 m) Boom and 450 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		0´ 0˝ (0.0 m)		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**											2,300*	2,300*
(6.0 m)	kg											1 020*	1 020*
+15´ 0˝	**lbs**							3,500*	3,450*			2,000*	2,000*
(4.5 m)	kg							1 570*	1 570*			900*	900*
+10´ 0˝	**lbs**					4,400*	4,400*	3,800*	3,400	3,200*	2,050	1,950*	1,800
(3.0 m)	kg					2 030*	2 030*	1 730*	1 580	1 500*	950	890*	820
+5´ 0˝	**lbs**					6,750*	6,150	4,600*	3,200	3,550*	1,950	2,050*	1,700
(1.5 m)	kg					3 100*	2 860	2 130*	1 480	1 630*	910	940*	760
Ground	**lbs**			4,150*	4,150*	7,950*	5,600	5,050*	3,000	3,600*	1,900	2,350*	1,750
Line	kg			1 840*	1 840*	3 680*	2 610	2 330*	1 380	1 670*	870	1 060*	790
-5´ 0˝	**lbs**	4,750*	4,750*	7,100*	7,100*	7,750*	5,450	4,950*	2,900			2,950*	2,050
(1.5 m)	kg	2 140*	2 140*	3 160*	3 160*	3 580*	2 530	2 280*	1 340			1 330*	920
-10´ 0˝	**lbs**			10,950*	10,950*	6,150*	5,500	3,400*	2,900			3,400*	2,900
(3.0 m)	kg			5 110*	5 110*	2 880*	2 560	1 670*	1 380			1 540*	1 310

Radius of Load - Mono Boom with Blade Up

7´ 2˝ (2.19 m) Arm with 12´ 4˝ (3.75 m) Boom and 450 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		0´ 0˝ (0.0 m)		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**											2,300*	2,300*
(6.0 m)	kg											1 020*	1 020*
+15´ 0˝	**lbs**							3,500*	3,350			2,000*	2,000*
(4.5 m)	kg							1 570*	1 540			900*	900*
+10´ 0˝	**lbs**					4,400*	4,400*	3,550*	3,250	2,150	1,950	1,900	1,750
(3.0 m)	kg					2 030*	2 030*	1 660	1 520	1 000	910	860	780
+5´ 0˝	**lbs**					6,500	5,850	3,350	3,050	2,050	1,850	1,750	1,600
(1.5 m)	kg					3 030	2 730	1 560	1 410	960	870	800	720
Ground	**lbs**			4,150*	4,150*	6,000	5,350	3,150	2,850	1,950	1,800	1,800	1,650
Line	kg			1 840*	1 840*	2 800	2 480	1 460	1 320	920	830	820	750
-5´ 0˝	**lbs**	4,750*	4,750*	7,100*	7,100*	5,850	5,150	3,050	2,750			2,150	1,950
(1.5 m)	kg	2 140*	2 140*	3 160*	3 160*	2 720	2 400	1 410	1 280			970	880
-10´ 0˝	**lbs**			10,950*	10,950*	5,900	5,250	3,100	2,800			3,100	2,800
(3.0 m)	kg			5 110*	5 110*	2 740	2 450*	1 440	1 320			1 380	1 250

Lifting Capacities - ISO Ratings

Radius of Load - Offset Boom with Blade Down

5´ 9˝ (1.75 m) Arm with 12´ 9˝ (3.89 m) Offset Boom and 460 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			3,550*	3,550*					3,350*	3,350*
(6.0 m)	kg			1 600*	1 600*					1 510*	1 510*
+15´ 0˝	**lbs**			3,800*	3,800*	3,450*	3,350			3,150*	2,450
(4.5 m)	kg			1 750*	1 750*	1 600*	1 550			1 420*	1 080
+10´ 0˝	**lbs**			4,850*	4,850*	3,750*	3,200			3,150*	1,800
(3.0 m)	kg			2 260*	2 260*	1 730*	1 480			1 420*	820
+5´ 0˝	**lbs**			6,450*	5,500	4,400*	2,850	3 250*	1 700	3,200*	1,600
(1.5 m)	kg			2 980*	2 550	2 020*	1 330	1,500*	790	1 440*	730
Ground	**lbs**			7,200*	4,850	4,550*	2,600			3,250*	1,650
Line	kg			3 310*	2 260	2 110*	1 200			1 460*	740
-5´ 0˝	**lbs**	7,500*	7,500*	6,700*	4,800	4,250*	2,500			3,250*	2,000
(1.5 m)	kg	3 360*	3 360*	3 090*	2 230	1 980*	1 160			1 480*	900
-10´ 0˝	**lbs**	7,750*	7,750*	4,800*	4,800*					3,200*	3,200*
(3.0 m)	kg	3 630*	3 630*	2 240*	2 240*					1 460*	1 420

Radius of Load - Offset Boom with Blade Up

5´ 9˝ (1.75 m) Arm with 12´ 9˝ (3.89 m) Offset Boom and 460 lb. (210 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			3,550*	3,550*					3,350*	3,350*
(6.0 m)	kg			1 600*	1 600*					1 510*	1 510*
+15´ 0˝	**lbs**			3,800*	3,800*	3,450*	3,250*			2,550	2,350
(4.5 m)	kg			1 750*	1 750*	1 600*	1 500			1 140	1 030
+10´ 0˝	**lbs**			4,850*	4,850*	3,350	3,050			1,900	1,700
(3.0 m)	kg			2 260*	2 260*	1 570	1 420			870	780
+5´ 0˝	**lbs**			5,950	5,250	3,050	2,700	1,800	1,600	1,700	1,500
(1.5 m)	kg			2 760	2 420	1 410	1 270	830	750	770	680
Ground	**lbs**			5,250	4,600	2,750	2,450			1,750	1,550
Line	kg			2 450	2 130	1 280	1 140			790	700
-5´ 0˝	**lbs**	7,500*	7,500*	5,200	4,500	2,650	2,350			2,100	1,900
(1.5 m)	kg	3 360*	3 360*	2 410	2 100	1 240	1 100			950	850
-10´ 0˝	**lbs**	7,750*	7,750*	4,800*	4,650*					3,200*	3,050
(3.0 m)	kg	3 630*	3 630*	2 240*	2 160					1 460*	1 340

Lifting Capacities - ISO Ratings

Radius of Load - Offset Boom with Blade Down

6´ 11˝ (2.10 m) Arm with 12´ 9˝ (3.89 m) Offset Boom and 400 lb. (190 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			2,800*	2,800*					3,000*	3,000*
(6.0 m)	kg			1 210*	1 210*					1 330*	1 330*
+15´ 0˝	**lbs**			3,350*	3,350*	3,250*	3,250*			2,750*	2,200
(4.5 m)	kg			1 530*	1 530*	1 470*	1 470*			1 240*	980
+10´ 0˝	**lbs**			4,400*	4,400*	3,500*	3,300	3,000*	1,850	2,750*	1,700
(3.0 m)	kg			2 030*	2 030*	1 620*	1 530	1 370*	870	1 260*	760
+5´ 0˝	**lbs**			6,050*	5,700	4,250*	2,900	3,200*	1,700	2,950*	1,500
(1.5 m)	kg			2 800*	2 650	1 960*	1 360	1 470*	800	1 350*	670
Ground	**lbs**			7,050*	4,900	4,550*	2,600	3,200*	1,600	3,050*	1,500
Line	kg			3 250*	2 290	2 100*	1 210	1 490*	740	1 380*	680
-5´ 0˝	**lbs**	6,900*	6,900*	6,850*	4,700	4,400*	2,450			3,100*	1,750
(1.5 m)	kg	3 070*	3 070*	3 170*	2 190	2 030*	1 140			1 420*	800
-10´ 0˝	**lbs**	9,200*	9,200*	5,350*	4,850					3,200*	2,650
(3.0 m)	kg	4 290*	4 290*	2 500*	2 260					1 460*	1 180

Radius of Load - Offset Boom with Blade Up

6´ 11˝ (2.10 m) Arm with 12´ 9˝ (3.89 m) Offset Boom and 400 lb. (190 kg) Bucket with Power-Boost Applied

		5´ 0˝ (1.5 m)		10´ 0˝ (3.0 m)		15´ 0˝ (4.5 m)		20´ 0˝ (6.0 m)		Cap at Max. Reach	
		End	Side	End	Side	End	Side	End	Side	End	Side
+20´ 0˝	**lbs**			2,800*	2,800*					3,000*	3,000*
(6.0 m)	kg			1 210*	1 210*					1 330*	1 330*
+15´ 0˝	**lbs**			3,350*	3,350*	3,250*	3,200*			2,300	2,100
(4.5 m)	kg			1 530*	1 530*	1 470*	1 470*			1 040	940
+10´ 0˝	**lbs**			4,400*	4,400*	3,450	3,150	1,950	1,750	1,750	1,600
(3.0 m)	kg			2 030*	2 030*	1 600*	1 460	920	830	800	720
+5´ 0˝	**lbs**			6,050*	5,450	3,100	2,800	1,800	1,600	1,550	1,400
(1.5 m)	kg			2 800	2 510	1 440	1 290	850	760	710	630
Ground	**lbs**			5,350	4,650	2,750	2,450	1,700	1,500	1,600	1,400
Line	kg			2 480	2 160	1 290	1 150	790	700	720	640
-5´ 0˝	**lbs**	6,900*	6,900*	5,100	4,450	2,600	2,300			1,900	1,650
(1.5 m)	kg	3 070*	3 070*	2 380	2 060	1 220	1 080			850	750
-10´ 0˝	**lbs**	9,200*	9,200*	5,200	4,600					2,850	2,500
(3.0 m)	kg	4 290*	4 290*	2 420*	2 140					1 260	1 120

Notes: Excavator lifting capacities

1. Lifting capacities shown should not be exceeded. Weight of all lifting accessories must be deducted from the above lifting capacities.
2. Lifting capacities are based on machine standing on firm, uniform supporting surface. User must make allowances for job conditions such as soft or uneven ground.
3. Lifting capacities shown do not exceed 75% of minimum tipping loads or 87% of hydraulic capacities. Capacities marked with an asterisk (*) are limited by hydraulic capacities.
4. Least stable position is over the side.
5. Operator should be fully acquainted with the Operator's Manual & Operating Safety Booklet, furnished by LBX before operating the machine.
6. Capacities apply only to the machine as originally manufactured and normally equipped by LBX Company, LLC.
7. Lift capacity ratings are based on ISO 10567, "Earthmoving Machinery - Hydraulic Excavators - Lift Capacity."

75X3

Standard and Optional Equipment

CAB

12V Power Outlet	✓
AM/FM Sound System	✓
Anti-Theft Device	✓
Auxiliary Switches on Control Lever	✓
Cab Exterior Light Harness	✓
Cab Filter - External	✓
Cab Handrails	✓
Cab Interior Light	✓
Cab Iso-Mounts	✓
Cab Light (1)	✓
Cab Light (Additional)	●
Clear Roof Window	✓
Climate Control A/C and Heater	✓
Cup Holder	✓
Defroster	✓
Digital Clock	✓
ECO Gauge	✓
Emergency Exit and Hammer	✓
Face Vent	✓
Floor Mat	✓
FOPS Level 1 Certified	✓
FOPS Head Guard (Level 2)	●
Front Guard (Mesh)	●
Front Guard (OPG 1,2)	●
Front Window One-Touch Lock	✓
Gate Lock Hydraulic Activation	✓
Horn	✓
Hour Meter (Digital)	✓
LCD Color Monitor	✓
Magazine Storage Rack	✓
Maintenance Interval Reminders	✓
MP3 Auxiliary Input Jack	✓
On-Board Diagnostic System	✓
One-Piece Right Window	✓
Radio Mute Switch	✓
Rear View Camera	✓
Rear View Mirrors	✓
RemoteCARE™ Telematics System	✓
Roof Sun Shade	✓
ROPS Certified	✓
Safety Glass Windows	✓
SCM Suspension Seat	✓
Seat Recline	✓
Selectable Monitor Languages	✓
Small Storage	✓
Travel Alarm with Cancel Switch	✓
Trip Meter (Digital)	✓
Wiper & Washer	✓
Wiper Switch on RH Joystick	✓

ENGINE

Air Filter (Double Element)	✓
Air Filter Restriction Indicator	✓
Auto Warm-Up System	✓
Auto-Idle	✓
Auto-Idle Engine Shutdown	✓
Battery Disconnect Switch	✓
CEGR (Cooled Exhaust Gas Recirculation)	✓
Cooling Fan	✓
Diesel Oxidation Catalyst (DOC)	✓
Drain for Fuel Tank	✓
Dual Remote Fuel Filters with Water Separators	✓
EGR Cooler	✓
Emergency Engine Stop	✓
Engine Idle System	✓
Engine Protection Feature	✓
Fan Housing	✓
Fuel Cooler	✓
Fuel Filter Restriction Indicator	✓
Fuel Management System	✓
Fuel Shut-Off Valve	✓
Fuel Usage Monitor	✓
Glow Plug Pre-Heat	✓
Idle-Start	✓
Intercooler	✓
Neutral Start	✓
One-Touch Idle	✓
Radiator / Oil Cooler Protective Screen	✓
Remote Engine Oil Drain	✓
Remote Oil Filter	✓
Spark Arrestor Muffler	✓
Turbocharger with Heat Shield	✓

HYDRAULICS

Arm Regeneration	✓
Arm Speed Assistance (2 Pump Flow)	✓
Attachment Cushion Valve	✓
Auto Swing Priority	✓
Auxiliary Flow Control	✓
Auxiliary Tool Settings (Memory)	✓
Auxiliary Valve	✓
Boom Regeneration	✓
Boom Speed Assistance (2 Pump Flow)	✓
Bucket Curl Assist	✓
Control Levers Pre-Wired for Auxiliary Hyd.	✓
Control Pattern Changer (2 way)	✓
Fire Wall	✓
Holding Valve (Boom)	✓
Hose Burst Check Valve	●
Hydraulic Filter Restriction Indicator	✓
Long Life Hydraulic Oil (5,000 Hour)	✓
Neutral Pump De-Stroke	✓
Oil Cooler	✓
Pump Stand-By Pressure	✓

AUXILIARY HYDRAULIC OPTIONS - MONO BOOM

Single-Acting Aux. with Pedal Activation	●
Single-Acting Aux. with Proportional Joysticks	●
Multi-Function Aux. with Proportional Joysticks	●
Thumb Aux. with Proportional Joysticks	●
Secondary Aux. with Proportional Joysticks	●
Combination Aux. with Proportional Joysticks	●

AUXILIARY HYDRAULIC OPTIONS - OFFSET BOOM

Single-Acting Aux. with Pedal Activation	●
Single-Acting Aux. with Proportional Joysticks	●
Double-Acting Aux. with Proportional Joysticks	●

UNDERCARRIAGE

4 Lashing Points (Tie-Downs)	✓
450 mm (17.7″ in) Rubber pads (bolts directly to rail)	●
450 mm (17.7″ in) Rubber pads (bolts to 450 mm grousers)	●
450 mm (17.7″ in) 3-Bar Steel Grousers	●
600 mm (23.5″ in) 3-Bar Steel Grousers	●
7′ 7″ (2.32 m) Hydraulically Controlled Dozer Blade	✓
Carbody Belly Pan (Swivel Guarding)	✓
Sealed Link Chain	✓
Steps	✓
Strutted Track Chain	✓
Track Roller Guide (Single)	✓
X-Pattern Carbody	✓

UPPERSTRUCTURE

Belly Pans	✓
Center Cover (Over Main CV)	✓
Fuel Tank Belly Pan	✓
Lockable Fuel Cap and Service Doors	✓
Lockable Tool Box	✓
Turntable Tub	✓
Work Lights (Boom and Cab)	✓

ATTACHMENT

Auxiliary Pipe Brackets	✓
Boom Work Light	✓
Bucket Anti-Clatter Device	✓
Chrome Pins	✓
Easy Maintenance System (EMS)	✓
HD Bucket Linkage	●
Quick Couplers	●
Remote Lube Bank	✓
Teardrop Pin Retention Keepers	✓
Thumbs	●

ATTACHMENT OPTIONS - MONO BOOM

5′ 7″ (1.69 m) Arm	●
7′ 2″ (2.19 m) Arm	●
12′ 4″ (3.75 m) Main Boom Section	✓

ATTACHMENT OPTIONS - OFFSET BOOM

5′ 9″ (1.75 m) Arm	●
6′ 11″ (2.10 m) Arm	●
12′ 9″ (3.89 m) Main Boom Section	✓

PARTS KIT

Bucket Anti-Clatter Device	✓
Engine Manual	✓
Engine Oil Filter	✓
Filter Wrench	✓
Fuel Filters	✓
Grease Gun	✓
Green Plug Drain Hose for Engine Oil Drain	✓
Hydraulic Return Filter	✓
Ignition Keys	✓
Pilot Circuit Hydraulic Filter	✓

Equipment Key
Standard ✓ Optional ●

Bucket Sizes

Bucket Type	SAE Heaped Capacity (yd³)	SAE Heaped Capacity (m³)	Width Outside Lip (in)	Width Outside Lip (mm)	Bucket Weight (lbs)	Bucket Weight (kg)	Number of Teeth	Mono Boom Arm Length 5′ 7″ 1.69 m	Mono Boom Arm Length 7′ 2″ 2.19 m	Offset Boom Arm Length 5′ 9″ 1.75 m	Offset Boom Arm Length 6′ 11″ 2.10 m
STDP Standard duty plate	.24	.18	18	457	403	183	3	H	H	H	H
	.35	.27	24	610	473	215	4	H	H	H	H
	.45	.34	30	762	542	246	5	H	M	M	L
POWER	.24	.18	18	457	644	292	3	H	H	H	H
	.34	.26	24	610	728	330	4	H	H	H	M
	.45	.34	30	762	812	368	4	M	M	L	L
	.55	.42	36	914	897	407	5	L	L	N/A	N/A
	.65	.50	42	1 067	981	445	6	L	N/A	N/A	N/A
DITCH	.61	.47	42	1 067	596	270	0	M	L	L	N/A
	.71	.54	48	1 219	645	293	0	L	N/A	N/A	N/A

STDP - Standard duty plate
HDP - Heavy duty plate
XDP - Extreme duty plate
POWER - HDP for use with ESCO multi-pin grabber only

Approval Code For Arm/Bucket Combinations

H ..... Heavy material (up to 3,370 lbs./yd³)
M ..... Medium material (up to 2,700 lbs./yd³)
L ..... Light material (up to 2,020 lbs./yd³)
N/A ..... Not applicable

Litho in USA 5/18 #LBX2378 - supersedes #LBX2251
LBX® and Link-Belt® are registered trademarks. Copyright 2018. All rights reserved. We are constantly improving our products and therefore reserve the right to change designs and specifications.
LBX "Different by Design"

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10022482928

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SZO559	FOTON	BJ3062V3PDB-B2	2012

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
4.214	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	7000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
YC4D130-20*D36M1B00424*	N	LVBDJPFA1CN067710

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	LVBDJPFA1CN067710	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RAMOS LOPEZ YERALDINE	C.C. 1031177122

****** 130

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352011000145609

I/E
I

FECHA IMPORT.
09/07/201

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



FECHA MATRÍCULA
22/08/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
11/03/2021

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

LT0200060920

COSMOCOLOR-LT-20

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	12	1	2024	12	2	2025	12	1

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
89769692 - 610791043	SZO559	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	4214	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	FOTON	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: BJ3062V3PDBB2	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
YC4D13020D36M1B00424	LVBDJPFA1CN067710	LVBDJPFA1CN067710	7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
YERALDINE RAMOS	3223164484	CC	1031177122	FUNZA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80001522	89769692	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 919.000	$ 477.800	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 1.398.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar tu vehículo

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: **www.segurotercero.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** **(+601)** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANT

No. 177833657

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA SOACHA EL ALTICO SAS

NIT: 900471384

No. de Certificado de Acreditación: 11-OIN-053-001

Fecha de expedición: 2024/12/12

Fecha de vencimiento: 2025/12/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SZO559

CLASE: VOLQUETA

MARCA: FOTON

MODELO: 2012

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 4214

NRO. MOTOR: YC4D130-20*D36M1B00424*

NRO. CHASIS: LVBDJPFA1CN067710

VIN: LVBDJPFA1CN067710

LÍNEA: BJ3062V3PDB-B2

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: YERALDINE RAMOS L.

POLIMIX
COLOMBIA

POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
NIT: 830.106.474-5 **Programación:** (601) 626-0860/61/62/63

Comprobante de Entrega
10-07-2025

No. NE-1371030

Administración: CL 147 17 78 OF 504 ED SOKO, Bogotá D.C. **Tel.** (601) 626-0860

Unidad: Nereidas - KM 1.5 + 600 via al llano | Av Boyacá – Bogotá **Tel.:** (315) 337-2766

Cliente: CONSORCIO SALON COMUNAL 013

Nit. / C.C. 901.901.941-0

Dirección: CARRERA 38 D No 2 F - 45 CORKIDI

No. Mixer: 205

Obra: CONSORCIO SALON COMUNAL 013

Conductor: Sebastian Ortiz

Producto:	8,00 m3 de Industrializado Siux Muro 4000 PSI 28 Dias F 55 cm (281 Kgf/cm2)
Asentamiento:	55 cm
Precinto:	774000
Tamaño Max:	F
Aditivo:	
Cant. Aditivo	_____ Kg/m3
Uso de Bomba:	NO

Cargue: 11:59 a.m. **Salida:** 12 : 35
Llegada a obra: 1 : 29
Comienzo de descargue: _____ : _____
Finalización de descarge: _____ : _____
Salida de Obra: _____ : _____
Llegada a planta: _____ : _____
No. Bomba

Recibimos en conformidad al pedido el material descrito en buenas condiciones, hora y lugar indicados:

_____ _____
Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

Me responsabilizo de la adición de _____ litros de agua en el volumen de _____ m3 do concreto. Tengo conocimiento que esta adición provocará alteraciones en las características del concreto y la disminución de su resistencia.

_____ _____
Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

CONDICIONES GENERALES DE VENTA

1. POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. garantiza la resistencia del producto suministrado mediante el presente comprobante, de conformidad con las normas colombianas de Diseño y Construcción Sismo Resistente (NSR-2010), Ley 400 de 1997, Decreto 33 de 1998 y con las características estipuladas por el cliente.
2. La garantía con que POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. avala su concreto, automáticamente caduca en los siguientes casos:
   a. Cuando se altera la relación agua/cemento por agregar agua adicional no autorizada por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   b. Cuando en obra se agregan aditivos o cualquier otro material no autorizado por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   c. Cuando se presenten demoras excesivas en el descargue (más de 45 minutos).
3. El cliente debe garantizar el buen estado de los accesos a la obra. Cualquier daño ocasionado a la mixer o a terceros, incluyendo la pérdida del concreto, debido a condiciones deficientes o dificultades en los accesos, será responsabilidad del cliente.
4. Una vez confirmado un despacho en cantidad y especificaciones, POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. no aceptará devoluciones y cargará el valor del concreto despachado a la cuenta del cliente, si la cancelación no se realiza en las 2 (dos) horas previas a la hora confirmada.
5. En el evento de que se requieran permisos con el fin de atender el suministro del producto, el cliente deberá tramitarlos ante las respectivas autoridades y con la debida anticipación.
6. Se deja constancia de que la firma de este comprobante por parte de una persona distinta al comprador implica que dicha persona está autorizada y compromete al comprador. Además, esta firma certifica que el producto ha sido entregado.

Scanned with CamScanner

POLIMIX
COLOMBIA

POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
NIT: 830.106.474-5 **Programación:** (601) 626-0860/61/62/63

Comprobante de Entrega
10-07-2025

No. NE-1371036

Administración: CL 147 17 78 OF 504 ED SOKO, Bogotá D.C. **Tel.** (601) 626-0860	**Unidad:** Nereidas - KM 1.5 + 600 via al llano | Av Boyacá – Bogotá **Tel.:** (315) 337-2766
Cliente: CONSORCIO SALON COMUNAL 013	**Nit. / C.C.** 901.901.941-0
Dirección: CARRERA 38 D No 2 F - 45 CORKIDI	**No. Mixer:** 201
Obra: CONSORCIO SALON COMUNAL 013	**Conductor:** Cristian Martinez

Producto:	6,25 m3 de Industrializado Siux Muro 4000 PSI 28 Dias F 55 cm (281 Kgf/cm2)	**Cargue:** 4:05 p.m. **Salida:**	_____ : _____
Asentamiento:	55 cm	**Llegada a obra:**	_____ : _____
Precinto:	771983	**Comienzo de descargue:**	_____ : _____
Tamaño Max:	F	**Finalización de descargue:**	_____ : _____
Aditivo:		**Salida de Obra:**	_____ : _____
Cant. Aditivo	_____ Kg/m3	**Llegada a planta:**	_____ : _____
Uso de Bomba:	NO	**No. Bomba**	

Recibimos en conformidad al pedido el material descrito en buenas condiciones, hora y lugar indicados:

_____ _____

Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

Me responsabilizo de la adición de _____ *litros de agua en el volumen de* _____ m3 de concreto. Tengo conocimiento que esta adición provocará alteraciones en las características del concreto y la disminución de su resistencia.

_____ _____

Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

CONDICIONES GENERALES DE VENTA

1. POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. garantiza la resistencia del producto suministrado mediante el presente comprobante, de conformidad con las normas colombianas de Diseño y Construcción Sismo Resistente (NSR-2010), Ley 400 de 1997, Decreto 33 de 1998 y con las características estipuladas por el cliente.
2. La garantía con que POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. avala su concreto, automáticamente caduca en los siguientes casos:
   a. Cuando se altera la relación agua/cemento por agregar agua adicional no autorizada por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   b. Cuando en obra se agregan aditivos o cualquier otro material no autorizado por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   c. Cuando se presenten demoras excesivas en el descargue (más de 45 minutos).
3. El cliente debe garantizar el buen estado de los accesos a la obra. Cualquier daño ocasionado a la mixer o a terceros, incluyendo la pérdida del concreto, debido a condiciones deficientes o dificultades en los accesos, será responsabilidad del cliente.
4. Una vez confirmado un despacho en cantidad y especificaciones, POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. no aceptará devoluciones y cargará el valor del concreto despachado a la cuenta del cliente, si la cancelación no se realiza en las 2 (dos) horas previas a la hora confirmada.
5. En el evento de que se requieran permisos con el fin de atender el suministro del producto, el cliente deberá tramitarlos ante las respectivas autoridades y con la debida anticipación.
6. Se deja constancia de que la firma de este comprobante por parte de una persona distinta al comprador implica que dicha persona está autorizada y compromete al comprador. Además, esta firma certifica que el producto ha sido entregado.

Scanned with CamScanner

POLIMIX
COLOMBIA

POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
NIT: 830.106.474-5 **Programación:** (601) 626-0860/61/62/63

Comprobante de Entrega
10-07-2025

No. NE-1371033

Administración: CL 147 17 78 OF 504 ED SOKO, Bogotá D.C. **Tel.** (601) 626-0860	**Unidad:** Nereidas - KM 1.5 + 600 via al llano | Av Boyacá – Bogotá **Tel.:** (315) 337-2766
Cliente: CONSORCIO SALON COMUNAL 013	**Nit. / C.C.** 901.901.941-0
Dirección: CARRERA 38 D No 2 F - 45 CORKIDI	**No. Mixer:** 209
Obra: CONSORCIO SALON COMUNAL 013	**Conductor:** Jose Amadeo

Producto:	6,00 m3 de Industrializado Siux Muro 4000 PSI 28 Dias F 55 cm (281 Kgf/cm2)	**Cargue:** 1:16 p.m. **Salida:**	____ : ____
Asentamiento:	55 cm	**Llegada a obra:**	2 : 46
Precinto:	771947	**Comienzo de descargue:**	____ : ____
Tamaño Max:	F	**Finalización de descargue:**	____ : ____
Aditivo:		**Salida de Obra:**	____ : ____
Cant. Aditivo	____ Kg/m3	**Llegada a planta:**	____ : ____
Uso de Bomba:	NO	**No. Bomba**	

Recibimos en conformidad al pedido el material descrito en buenas condiciones, hora y lugar indicados:

Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

Me responsabilizo de la adición de ____ litros de agua en el volumen de ____ m3 de concreto. Tengo conocimiento que esta adición provocará alteraciones en las características del concreto y la disminución de su resistencia.

Cliente (Firma autorizada) **Nombre**

CONDICIONES GENERALES DE VENTA

1. POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. garantiza la resistencia del producto suministrado mediante el presente comprobante, de conformidad con las normas colombianas de Diseño y Construcción Sismo Resistente (NSR-2010), Ley 400 de 1997, Decreto 33 de 1998 y con las características estipuladas por el cliente.
2. La garantía con que POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. avala su concreto, automáticamente caduca en los siguientes casos:
   a. Cuando se altera la relación agua/cemento por agregar agua adicional no autorizada por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   b. Cuando en obra se agregan aditivos o cualquier otro material no autorizado por POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S.
   c. Cuando se presentan demoras excesivas en el descargue (más de 45 minutos).
3. El cliente debe garantizar el buen estado de los accesos a la obra. Cualquier daño ocasionado a la mixer o a terceros, incluyendo la pérdida del concreto, debido a condiciones deficientes o dificultades en los accesos, será responsabilidad del cliente.
4. Una vez confirmado un despacho en cantidad y especificaciones, POLIMIX CONCRETO COLOMBIA S.A.S. no aceptará devoluciones y cargará el valor del concreto despachado a la cuenta del cliente, si la cancelación no se realiza en las 2 (dos) horas previas a la hora confirmada.
5. En el evento de que se requieran permisos con el fin de atender el suministro del producto, el cliente deberá tramitarlos ante las respectivas autoridades y con la debida anticipación.
6. Se deja constancia de que la firma de este comprobante por parte de una persona distinta al comprador implica que dicha persona está autorizada y compromete al comprador. Además, esta firma certifica que el producto ha sido entregado.

Scanned with CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2025	06	06

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	06	26
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	06	25

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1000115110703	ESS274	CAMION	PÚBLICO	12000	2007

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
3	MACK	CV713	14 - HORMIGONERO

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
503412	1M2AT13C37M002119	1M2AT13C37M002119	11.6

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS	3160263869	NT	830106474	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
76024	1000	76024	1000115110703	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$839,200.00	$436,300.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,277,600.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2024	11	07	2024	11	27	2025	11	26

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1000114368003	FSQ916	CAMION	PÚBLICO	10800	2008

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
3	INTERNATIONAL	5600	119

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
	1HTXHAHT28J046966	1HTXHAHT28J046966	13

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS	3174373723	NT	830106474	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
76024	1000	76024	1000114368003	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$919,000.00	$477,800.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,398,900.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA								
AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2024	12	03		2024	12	10		2025	12	09

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1000114571103	GVX820	CAMION	PÚBLICO	10800	2015

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	MACK	GU 800	119

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
564484	1M2AX13C0FM028700	1M2AX13C0FM028700	15

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS	3160263869	NT	830106474	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
76024	1000	76024	1000114571103	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$919,000.00	$477,800.00	$2,100.00

TOTAL A PAGAR

$1,398,900.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN	AÑO	MES	DÍA
	2025	08	15

VIGENCIA	AÑO	MES	DÍA
DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	09	01
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	08	31

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1000115306003	WOT155	CAMION	PÚBLICO	10831	2016

PASAJEROS	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO	CARROCERÍA
2	INTERNATIONAL	WORKSTAR 7600 SBA 6X4	119 - MEZCLADOR

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35334597	3HAWYAHT4GL268338	3HAWYAHT4GL268338	15

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
POLIMIX CONCRETO COLOMBIA SAS	3160263869	NT	830106474	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
76024	1000	76024	1000115306003	BOGOTA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$839,200.00	$436,300.00	$2,400.00

TOTAL A PAGAR

$1,277,900.00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

El SOAT digital, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad,** también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO SST 12.
PERMISOS DE TRABAJO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA DE ORUGA

CODIGO:	CSA-SST-FO-15
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1

Equipo: Retro Link Belt Modelo 2210 Semana (1) (3) (4) al 14 Mes 06 Año 2025

Operador Josue Castillo Dia 09 Junio - 2025

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB
HOROMETRO INICIAL						
HOROMETRO FINAL						
ACPM						
ACEITE HIDRAULICO / MOTOR / TRANSMISION						

ITEM	LUN B	LUN M	MAR B	MAR M	MIE B	MIE M	JUE B	JUE M	VIE B	VIE M	SAB B	SAB M
LUCES												
Luces delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Luces traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SISTEMA HIDRAULICO												
Estado general de las Mangueras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CABINA Y CONJUNTO CENTRAL												
Vidrio frontal / laterales / trasero	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limpiabrisas (plumillas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Espejos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Asiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinturon de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Pito de retroseso	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Estado de las orugas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Pito delantero / de reversa	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
INDICADORES												
Manometros	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Comandos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECANICO												
Freno Hidrostático	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Giro del equipo (360°)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua parabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de aceite motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua radiador	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua bateria	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
EQUIPO												
Cadenas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Carriles	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Tensores	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Valde	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Dientes (Valde) / Esquineras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Gatos (Cilindros)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
EQUIPO DE CARRETERA												
Botiquin / Extintor / Herramientas Básicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA OPERARIO	Josue	Josue	Josue	Josue	Josue	Josue						
Vb. Supervisor de HSE												

NOTA IMPORTANTE: La inspección diaria debe realizarla **UNICAMENTE** el Operario de retro.

Observaciones generales:

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA DE ORUGA

CODIGO:	CSA-SST-FO-16
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1

Equipo: Retro Link Belt Modelo 2019 Semana (1) (2) (3) (4) Mes 06 Año 2025

Operador: Josue Carillo Día 16 al 21 Junio - 25

ITEM	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB	
HOROMETRO INICIAL												
HOROMETRO FINAL												
ACPM												
ACEITE HIDRAULICO / MOTOR / TRANSMISION												
ITEM	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
LUCES	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Luces delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Luces traseras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
SISTEMA HIDRAULICO	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Estado general de las Mangueras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CABINA Y CONJUNTO CENTRAL	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Vidrio frontal / laterales / trasero	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limpiabrisas (plumillas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Espejos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Asiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinturon de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Pito de retroseso	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Estado de las orugas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Pito delantero / de reversa	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
INDICADORES	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Manometros	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Comandos	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECANICO	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Freno Hidrostático	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Giro del equipo (360°)	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua parabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de aceite motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua radiador	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nivel de agua bateria	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
EQUIPO	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Cadenas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Carriles	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Tensores	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Valde	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Dientes (Valde) / Esquineras	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Gatos (Cilindros)	✓				✓		✓		✓		✓	
EQUIPO DE CARRETERA	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Botiquin / Extintor / Herramientas Básicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA OPERARIO	Josue		Josue		Josue		Josue		Josue		Josue	
Vb. Supervisor de HSE												

NOTA IMPORTANTE: La inspección diaria debe realizarla **UNICAMENTE** el Operario de retro.

Observaciones generales:

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Excavación manual de vigas de cimentación	01-07-2025	05-07-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Excavación Manual para estructuras	7:00 AM	11:00 AM
Herramientas / Equipos:		
Pala, Pica, Barra		
Requerimientos / Condiciones:		

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar área de trabajo	Físico Biológico	Golpes, Cortadas, quemaduras	Señalizar área de trabajo	Residente
	Fenómenos Naturales	Fisuras, Derrumbes		SST
	Condiciones Seguridad	Caídas a mismo nivel		Trabajadores
Traslado de herramienta al lugar de trabajo	Biomecánico	Lesiones, Esguinces		Residente
	Físico	Golpes, Cortadas, Caídas	Firma de Permisos o Charlas de Trabajo Seguro	SST
	Biológico	Mordeduras, Picaduras		Trabajadores
Inicio Excavación Manual	Químico	Exposición respiratoria	Charla Sobre Actividad a realizar y objetivo a alcanzar.	Residente
	Psicosocial	Cansancio, Estrés		SST
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		Trabajadores
Retiro de residuo de la excavación, al área asignada.	Biomecánico	Esguinces, Lesiones	Condiciones de Requerimientos Adecuados para la ejecución de las actividades	Residente
	Físico	Golpes de Calor		SST
	Biológico	Gripas		Trabajadores
Orden y Aseo	Condiciones de Seguridad	Golpes, Caídas	Áreas Asignadas para el trabajo en Orden y Aseo	Residente
	Químico	Intoxicación, Asfixia		SST
	Físico	Golpes		Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Para Siewa	Oficial		
Jose Junior Duarte Coronel	Ayudante		
Alex Perez Mz	Op	ALEX	
Jorge Prieto	Op		
Eliecer Leal D	Nivel		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Perez Machado	Ing. Residente		01-07-2025
Cesar Niño Fernandez	SST		01-07-2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar; identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Armado de acero para fundir de almacenamiento	07 - Julio - 2023	12 - Julio - 2023
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Armar acero para dintel fundido de tanque	07:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Dobladora, Alicates, Portamaillete

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Ingreso a Area de Trabajo	Condiciones de Seguridad	Caidas mismo y diferente nivel	Señalizar area de trabajo	Residente
	Fenomenos Naturales	Lesiones		SST
	Biologico	Picaduras		Trabajadores
Traslado de herramienta al area de trabajo	Biomecanico	Lumbalgias	Uso de Ayudas mecanicas	Residente
	Psicosocial	Golpes de Estres		SST
	Fisico	Golpes, Cortaduras		Trabajadores
Armar Acero en area de tanque	Biomecanico	Golpes de Espalda		Residente
	Condiciones de Seguridad	Caidas diferente y mismo nivel	Realizar Pausas Activas	SST
	Biologico	Alergias, Dengue	en Jornada Mañana y Tarde	Trabajadores
Instalacion de cinta hidroexpansiva	Psicosocial	Agresion Laboral		Residente
	Fisico	Traumatismo, Dorso	Señalizacion de Instalacion de	SST
	Condiciones de Seguridad	Caidas diferente nivel	Cinta hidroexpansiva	Trabajadores
Orden y Aseo	Biologico	Contaminacion		Residente
	Fisico	Desplazamiento	Area de Trabajo Ordenada	SST
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Atrapos	y Limpia.	Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Parra Siena	oficial		
Jose Angel Duarte Cisneros	Ayudante		
ALEX PORRAS MAS	OSI		
JORGE AVILA	OS		
ELIECER LEAL PERDOMO	LIDER		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Oscar Maldonado	Ing. Residente		07-07-2023
Camilo Ricardo Hernandez	SST		07-07-2023

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Se realiza acopio y redistribución de Material y de acero en armado de Acero	14- Julio- 2025	14- Julio- 2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se Organiza area de trabajo redistribuyendo Material y de acero en armado Acero	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Cuadrilla, Alicates, Palas, Picos, Barras, Nivel, Tenazas

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcación y señalización	Físico	Golpes de piel		Residente
	Biológico	Heridas en piel	Zonas de trabajo	SST
	Ambiental	Accidentes	Demarcadores y señalización	Trabajadores
Se alista y transporta herramienta y Zona de trabajo	Biomecanico	Esfuerzo Muscular		Residente
	Condiciones de Seguridad	Caida a Diferente nivel	Firmas de Ingresos y Charla Semanal	SST
	Biologico	Picaduras		Trabajadores
Recepción de Acopio de Material y armado de Acero	Quimico	Intoxicación de Polvo		Residente
	Fisico	golpes, Hundimientos	Pasarelas Asfaltadas	SST
	Biomecanico	Calambres	Mañanas y tarde	Trabajadores
Orden y Aseo	Fenomenos Naturales	Temperaturas Favorables		Residente
	Biologico	Dificultad respiratoria	Areas de trabajo, Ordenadas y Aseadas	SST
	Fisico	Contaminación		Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin para sierra	Oficial		
Jose Junior Duarte Cuevas	Ayudante		
ALEX paredes MTS	OSE		
Jorge Arizu	OS		
ELIECER LEAL PERDOMO	MAESTRO		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Allegro Guevara Maldonado	Ing. Residente		14- Julio- 2025
Leonardo Bueno Hernández	SST		14- Julio- 2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Excavación Manual, Armado de Acero y Fabricación de Limpieza en bloque	21-Julio-2025	26-Julio-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se iniciará el trabajo con Excavación Manual para terminar armado de Acero de Vigas y se realiza preparación de Mezcla para Fundido	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Pala, Pica, Barra, Tenazas, Segueta, Carretilla, Palin

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Programar y Iniciar con	Biológico	Proyectiles	Señalizar y Demarcar	Presidente
	Físico	Perforaciones	Zona el Lugar de trabajo	SST
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		Trabajadores
Traslado de herramienta a Lugar de trabajo	Biomecánico	Trastornos Lumbago	Charla Sobre Adecuada	Presidente
	Biológico	Alergias	Postura en el Momento	SST
	Coordinador de Seguridad	Caída a Mismo Nivel	de trabajo Manipulación de Cargas	Trabajadores
Excavación Manual, armado de Acero para Vigas	Biomecánico	Calambres, Dolor		Presidente
	Psicosocial	Cansancio Amnesia	Firma de Permisos	SST
	Físico	Golpes, Heridas	de ingreso a actividades o ambientes	Trabajadores
Mezcla de Mortero para Fundido	Químico	Intoxicación Respiratoria		Presidente
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Caídas	Inspección y Verificación de	SST
	Biomecánico	Dolor, Moretón	Elementos de Protección P.	Trabajadores
Orden y Aseo	Biológico	Irritación y Picaduras		Presidente
	Físico	Golpes, Heridas	Área de trabajo Ordenada	SST
	Químico	Intoxicación Polvo	y Limpia	Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Para Siena	oficial		
Jose Junior Durante casanova	Ayudante		
ALEX PERALES ARIAS	OFI	ALEX	
JORGE ARIZA	OF		
OLEGER LEAL.	AYUDANTE		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Cabrera Maldonado	Ing. Residente		21-07-2025
Conrado Pinto Hernandez	SST		21-07-2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Formaleta	28-Julio-2025	02-Agosto-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora Inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Inicio de Instalación de Formaleta para Fundida	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:

Barbiquejo, Alicates, Destornilladores,

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Instalación y Desmonte	Biológico Condiciones de Seguridad Físico	Riesgo de contagio Caída a Mismo Nivel Golpes, Machucones	Uso de Elementos de Protección Personal Requerido	Residente SST Trabajadores y Residente
Traslado de Herramienta	Biomecánico Biológico Condiciones Ambientales	Lesiones Infecciones Cutáneas Lesiones	Se realiza pausas de Descanso de trabajo Seguro	Residente SST Trabajadores y Residente
Instalación de Formaleta	Biomecánico Psicosocial Físico	Fatiga Ansiedad, Estrés Lesiones Visual	Socialización de Procedimiento de Instalación de formaleta	Residente SST Trabajadores y Residente
Orden y Aseo	Químico Condiciones de Seguridad Biológico	Intoxicación Caída a diferente nivel Alergias	Uso de Guantes y Gafas	Residente SST Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Parra Sierra	Oficial		
Jose Luis Duarte Coronel	Ayudante		
Alex Perez Diaz	SST		
Jorge Pinto	OT		
Eliecer Leal.	Mires.		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Guevara Maldo	Ing. Residente		28-Julio-2025
Consuelo Rivas Hernandez	SST		28 Julio 2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1 Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2 Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3 Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4 Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5 El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará, en caso de ser necesario.
6 Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7 Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fundida de Concreto a gravedad de Tanques	4-08-25	9-08-25
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Fundir Concreto en Mixer para Fundir Muros	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:
Mixer, Vibrador de Concreto.

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Analizar area de trabajo	Biologico Fisico F. Naturales	Picaduras Golpes, Heridas, Contu Accidentes	Socializar todos los Riesgos presentes en el area Diligenciados	SST Operativo
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Biologico Quimico Fisico	Picaduras, Virus. Exposicion de Quimicos Inconveniencia de Luz	Capacitación sobre Autocuidado	Tecnico SST Operativo
Descargue de Concreto	Biologico Biomecanico Psicosocial	Alergias en piel Estres de Cargas Jornada de Trabajo	Pausas Activas Hidratacion Constante	Area tecnica Operativo SST
Compactar Concreto con Vibrocompactador	Condiciones Seguridad Fisico Fenomenos Naturales	Aprisionados, Muerte Temp. Ex. Calor. Quemaduras	Rotacion de personal, pausa Activa y uso de EPP y uso de Espaldera, Vibracion	Area tecnica SST Operativo
Orden y Aseo	Fisico Condiciones Seguridad Biologico	Contaminantes Explosion/explosion Ejecucion respiratoria	Se organizara campaña de Orden y Aseo en Obra	SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin de Jesus Paira Sierra	Oficial		
Alex Pera ES	Oficial	Alex	
Eliecer Leal	Maestro		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Conrado Riaño Hernandez	SST		9-08-25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrara expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificara la matriz de peligros, evaluacion de riesgos y la determinación de controles y la actualizara en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementara un ATS semanal, el cual debera ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Descargue de Formaleta y Fundida	11-08-25	16-08-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Si omana hierro y si Descargo Formaleta	7:00 AM	12:00 PM

Herramientas / Equipos:

Bichiroque, Alicates, Martillo, Formaleta

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Areas Demarcadas	Biologico Físico Biomecanico	Picaduras Hipertermia/frio Dolor de Espalda	Señalizar todos los lugares con riesgos inminentes (Huecos)	SST Operativo
Aliste y Herramienta	F. Natural Biomecanico Psicosocial	Caidas Baltas Golpes, Cortes Cansancio Mental	Inspeccion de Herramienta Manual	Operativo SST
Descargue Formaleta Instalación	Condiciones Seguridad Fisico Biomecanico	Machucones Perdida auditiva Dolor Muscular	Firma de Analisis de Trabajo Seguro	Area tecnica Operativo SST
Fundir Muros de Tanque	Quimico Fisico F. Natural	Material particulado Calambres, Fat Deslizamientos	Pausas Activas	Area tecnica Operativo SST
Orden y Aseo	Biologico Condiciones Seguridad Fisico	P. Respiratorios Heridas, Fracturas	Todas las zonas de la obra Ordenadas	SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin de Jesus Parra Sierra	Oficial		
Eliecer Leal Perdomo	Mantenedor		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Smith Guevara	Apoyo Obras		11-08-25
Camacho Mario	SST		11-08-25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas e insumos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día se debe diligenciar un ATS específico por día y ya relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:

Retiro formaleta de viga y de losa, amarre de hierro	10-04-2025	23-04-2025

Descripción del Trabajo:

Retiro formaleta de tanque y de viga con el Encargado de Hierro para Segun Construcción de Columnas de Sotano Comercial	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Martes, Barbiquejo

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES EXISTENTES	CARGO RESPONSABLE
Señalización Area	Físico	Golpeadura de pie	Diligencia area de trabajo	Aux. Ingeniero
	Biologico	Caidas		SST
	F. Mecanicos	Golpes Fracturas	Delimitar area de trabajo	Operario
Desplazamiento de herramienta	Biomecanico	Lumbalgias, Lesiones		Aux. Ingeniero
	Psicosocial	Dolor de cabeza	Vigilancia, Visual todos los dias de herramienta	SST
	Biologico	Golpes		Operario
Amarre de Hierro.	C. Seguridad	Golpes, Heridas	Capacitacion para iniciar Pausa activa de Atividad	Aux. Ingeniero
	Fisico	Caida, Visual		SST
	Biomecanico	Lesiones Trabajadores		Operario
Orden y Aseo	Condiciones Seguridad	Caidas, Fracturas	Se ordena y Organiza luego de trabajo	Aux. Ingeniero
	Quimico	Intoxicacion		SST
	F. Naturales	Precipitaciones		Operario

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA REALIZACIÓN DEL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Diego Leonardo Bermudez	Ingeniero		
Pedro Rojas Hernandez	Ingeniero		
Alex Perez Ayala	Oficial		

VALIDACIÓN PERSONAL HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alexis Smith Zapata Mh	Apoyo Obra SST		23-04-25
Cesar Ribero Hernandez			23-04-25

INSPECCION DE EXTINTORES

CODIGO:	CSA-SST-FO-25
FECHA:	14/04/2024
VERSIÓN:	1
FECHA:	1

FECHA: 15 - Agosto - 2025 LUGAR: Campamento Julia Comunal 307

QUIEN INSPECCIONA: Comité Riesgos H. CARGO:

No.	UBICACION	TIPO Y CAPACIDAD	ACCESO	PINTURA	SEÑALIZACION DEMARCACION	INSTALADO EN SITIO ASIGNADO	CARGA DE EXTINTOR	MANGUERA	BOQUILLA	BASE	PRESION	PASADOR	SELLO DE SEGURIDAD	ROTULO	FECHA DE ULTIMA RECARGA	OBSERVACIONES
			B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M	B/M		
1	Campamento	10lb	B	B	B	B	B	N/A	B	N/A	B	B	B	B	10/2/2025	
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA INSPECCIONAR

1. **MANGUERA**: se encuentran bien empalmadas con la válvula o boquilla; presenta roturas poros agrietamientos o obstrucciones con papel, animales, otros
2. **BOQUILLA**: presenta fisuras cristalización y defectos en acoples
4. **PRESION:** La lectura de presión esta dentro del rango operable
5. **ROTULO**: se encuentran legibles y en el frente del extintor
6. **BASE:** se encuentra al menos a 10cm, de altura sobre el nivel del piso

Nota:

1. Los extintores deben ser inspeccionados cada mes, los extintores de polvos químicos secos deberán agitarse balanceándolos e invirtiéndolos en su posición durante un
2. Al terminar la inspección el responsable debe informar de inmediato las inconsistencias encontradas en los equipos.

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Vegetal	20-10-2025	25-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Corte y Poda de Arboles Dentro del Salon Comunal	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Podadora, Bruceadora

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Socialización de Area	Biologico	Dolor de Garganta	Diligenciar Formato de Trabajo	Operativa SST Tecnica
	Fisico	Deshidratación		
	Fenomenos Naturales	Golpe por Estructura		
Traslado Material y Equipos al Area de Trabajo	Psicosocial	Golpe de Calor	Charla sobre Autocuidado Firma de Permiso	Operativa SST Tecnica
	Biomecanico	Fatiga Muscular		
	Condiciones Seguridad	Fractura Muerte		
Merida de Comienzo para Podadas	Quimico	Intoxicación Picadura	Hidratación a todo el Personal	Operativa SST Tecnica
	Fisico	Explosion o Muerte		
	Fenomenos Naturales	Inundaciones		
Orden y Aseo	Biologico	Resgados	Pausas Activas y Areas Ordenadas	Operativa SST Tecnica
	Biomecanico	Sombrazos		
	Condiciones Seguridad	Caida a Diferente N.		
/	/	/	/	/

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzalez	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Jesus Aluhyd	Ayu	Jesus	
Alex Perales	OE	Alex P	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Yaneth Rivera	SST		20-10-2025
Alvaro Caceres	Ing. Residente		20-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Apertura Hueco	15-10-2025	19-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Apertura hueco, Corte y armado con Alambre	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Barretones, Alicates,

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Punto de trabajo	Biologicos Físicos Condiciones de seguridad	Riesgos graves Dermatitis Caida a Mismo Nivel	Usar Demarcadas y Señaladas	SST Operativo Tecnico
Trasladar Herramienta o Equipos de trabajo	Biomecanicos Fenomenos Naturales Psicosocial	Lumbagos Deshidratacion, Calambres Cefalea, ansiedad	Pausas Activas Charlas de seguridad	SST Operativo Tecnico
Almorzar Hierro	Quimicos Biomecanicos Fisicos	Intoxicación Parcial Contusiones Menores Perdida Auditiva	Uso Adecuado de los Elementos de Protección	SST Operativo Tecnico
Orden y Aseo	Biologicos Condiciones Seguridad Fenomenos Naturales	Riesgo Medio respiratorio Caidas Mismo Inundaciones	Areas Ordenadas y Aseadas	SST Operativo Tecnico

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzales	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Alex Perales	oficial	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Carmelo Rivero	SST		19-10-2025
Alberto Caraballo	Tecnico		19-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO	CSA-SST-FO-09
FECHA	10/04/2025
VERSION	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y ya relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Bloque	08-10-2025	11-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Inicio Instalación de Mampostería con bloque	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Boquilla, Palustre

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demolición Área	Condiciones Inseguridad	Atrapamiento, Golpes		Ingeniero
	Fenómenos Naturales	Lesiones	Demarcar y	SST
	Físico	Probabilidad caída	Señalizar Lugar de Trabajo	Operativo
Traslado de Material y Herramienta	Biológico	Agresividad animales	Uso de Elementos de	Físico
	Psicosocial	Comunicación Mental	protección personal	SST
	Biomecánico	Trabajo en Alturas		Operativo
	Químico	Intoxicación		Técnico
Izada de Ladrillo e Instalación de Bloque e Ladrillo	Físico	Atrapación Manos	Barrera Retorno para	SST
	Biomecánico	Lesiones	Mantenimiento preventivo	Operativo
	Condiciones Inseguridad	Fractura, Golpes		Técnico
Orden y Aseo	Biológico	Resbalones	Uso de Señales	SST
	Químico	Intoxicación Respi	Condiciones de Uso y Orden	Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Montenegro Gonzalez	Oficial de Obra	C. Montenegro	
Alex Perales	Of.	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Gonzalez	Técnico	Alvaro G.	01-10-2025
Carmelo Prado	SST		

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Salon Comunal 013 Puente Aranda	FECHA:	24 al 25 / octubre / 25
LOCALIZACIÓN:		CONTRATISTA:	Comando Salon Comunal

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de Ladrillo o Bloque
2. Pañetes Paredes
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS	X	ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	X

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PETOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	X

OTROS. ¿Cuáles? Linea de vida

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	X
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS	X	PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se maneda la Importancia de autocuidado sobre actividades en alturas
2. Utilizar Elementos contra caidas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto Monterroza	78759817	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	**Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.**

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guevara	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Yimer Beltran	CARGO:	Apoyo Tecnico	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Gonzalo Riaño	Nº LICENCIA:	7525	FIRMA:	

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Comuna Valor Comunal	FECHA:	14 al 18 Oct - 2025
LOCALIZACIÓN:	Puente Grande	CONTRATISTA:	Valor Comunal 013

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de techo
2. Instalacion de Bloque o Ladrillo
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS		ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PÉTOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	

OTROS. ¿Cuáles?

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS		PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se realiza firma de Permiso con indicaciones de autoridad
2. Se recomienda siempre Utilizar Equipo Contra Alturas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto	78759 813	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guerrero	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Ximey Betran	CARGO:	Apoyo T	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Cazuele Rivero	N° LICENCIA:	7325	FIRMA:	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	4/10/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará, en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duracion un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Orden y Aseo en Frente de obra	4/11/2025	8/11/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Organizar todo el Campo de obra para Campaña de Orden y Aseo	7:00 am	11:00 am

Herramientas / Equipos:

Pala, Buro, Carretilla

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de trabajo	Biologico Fisico Fenomenos Naturales	Proyectados Golpes Lesiones, Fracturas	Señalizar y delimitar Area de Trabajo	Tecnico Operativo SST
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Biomecanico Fisico Condiciones de Seguridad	Lumbalgia, Dolor Golpes Heridas, Golpes	Inspeccion de Herramientas Manuales	Tecnico Operativo SST
Riesgos Locombros	Quimico Biologico Fisico	Intoxicacion Respirat. Alergias Lesiones Agud.	Utilizar Elementos de Proteccion Personal	Tecnico Operativo SST
Orden y Aseo	Condiciones de Seguridad Biomecanico Fisico	Enfermedad Enfermedad Musculoes Lesiones	Zona de trabajo Ordenada y Aseada	Tecnico Operativo SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Don Edinson Montes	Oficial		
Andres Montano M.	ayudante		
Amado Miranda Diaz	Ayudante		
Carlos Alberto Montero	OF		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alfredo Guevara	Tecnico		04/11/25
Gonzalo Bravo	SST		04/11/25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación Puntos de Polos Comunes	10/11/2025	15/11/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Preparar Predio para proceder a puntear los postes	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Polo Polistic Bagoneta

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de Trabajo	Biologico Fisico Fenomenos Naturales	Caidas Golpes/Contusiones Atropellamientos	Area demarcadas y señalizadas	SST Tecnico Operativo
Traslado de herramientas a Area de Trabajo	Biomecanico Condiciones Inseguras Fisico	Dolor Muscular Caidas, Fracturas Perdida de Oido	Inspección de Herramientas a utilizar	SST Tecnico Operativo
Preparar Predio Cuadrado y Amarre	Quimico Psicosocial Fisico	Quemaduras Profundas Dolor de Cabeza Golpes/Contusiones	Firma de Permisos	SST Tecnico Operativo
Puntal Postes	Condiciones Inseguras Quimico Biomecanico	Caidas, Golpes Materiales punzantes Lumbalgias	Pausas Activas	SST Tecnico Operativo
Orden y Aseo	Biologico Psicosocial Fenomenos Naturales	Hongos Cansancio Mental Deshidratacion	Areas Ordenadas y Limpias	SST Tecnico Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Julio Cesar Martinez	electrico		
Alexander Jimenez moreno	Ayudante	Alexander	
Alirio Diaz	OF		
Amado Miranda	AF		
Carlos Alberto	OF	Carlos Montes	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Cayeros	Tecnico		10/11/25
Camilo Bravo	SST		10/11/25

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	4/10/2025
		VERSIÓN :	1

NOMBRE PROYECTO:	Salon Comunal 013	FECHA:	24 al 29 Jul 2025
LOCALIZACIÓN:	Puente Grande	CONTRATISTA:	Consorcio Salon Comunal 013

Actividad de alto riesgo a realizar

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS	
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:	Trabajo en Alturas		

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Preparar Mezcla
2. Aseo y area de trabajo, y alistar Equipos
3. Pañetar Paredes
4.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS		ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	X
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS		EQUIPO DE ALTURAS	X

OTROS. ¿Cuáles? Pintura, Felpa y pinta de vidio.

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PETOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	X
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	X

OTROS. ¿Cuales?

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION	X	ASFIXIA	
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS		PERDIDA AUDITIVA	

OTROS. ¿Cuáles?

Observaciones y recomendaciones:

1. Firma de Permisos
2. Notificar Condiciones Inseguras
3. Utilizar Elementos de Proteccion y Cumplir con ellos
4. Orden y Aseo

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto Lara Amado	79.239813	OF	Carlos Montero Lara Amado
Amado Miranda Diaz	80.Lunte	Ayudante	

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo. Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:

Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Cuervo	CARGO:	Encargado	FIRMA:	Alvaro C

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Hiver Beltran	CARGO:	Apoyo	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Camilo Bravo H.	Nº LICENCIA:	7523	FIRMA:	

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	4/10/2025
		VERSIÓN:	1

NOMBRE PROYECTO:	Salon Comunal 013	FECHA:	10 al 15 de 11 de 2025
LOCALIZACIÓN:	Puente Grande	CONTRATISTA:	Comercio Salon Comunal 013

Actividad de alto riesgo a realizar

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS	
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?	Trabajo en Altura		

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Demarcar area de trabajo
2. Excavacion Manual
3. Pañetar pared
4.

Herramientas - Equipos que utilizará

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS		ESCALERAS	X
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	X

OTROS. ¿Cuales?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PETOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	X
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	

OTROS. ¿Cuales?

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS		CORTADURAS		INTOXICACION	
RESBALONES		AMPUTACION		ASFIXIA	
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS		LUMBALGIAS		PERDIDA AUDITIVA	

OTROS. ¿Cuales?

Observaciones y recomendaciones

1. Autocuidado
2. Realizar la actividad Segun Procedimiento Establecido
3. Firma de Permiso
4.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Monterroza G	78759823	Oficial	
Amado Miranda Diaz	1961467	Aux.	

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo. Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	**Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.**

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO					
NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guevara	CARGO:	Encargado	FIRMA:	
REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS					
NOMBRE COMPLETO:	Yimi Beltran	CARGO:	Apoyo	FIRMA:	
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS					
NOMBRE COMPLETO:	Carmelo Viano	N° LICENCIA:	7325	FIRMA:	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un dia se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Acabados	06-04-2026	11-04-26
Descripción del Trabajo:	**Hora Inicio:**	**Hora de finalización:**
Instalación de Acabados a todo el Salon Comunal	7:00am	11:00am

Herramientas / Equipos:
Herrajes, Martillo, Alicate, Destornilladores, Serrucho

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
1 Demarcar Area de trabajo.	Biologico	Picaduras	Uso de Tapabocas	Operativo
	Fisico	Deshidratación	Puntos de Hidratación	Tecnico
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Atrapes	Advertencias en Seguridad	SST
Traslado de Herramienta al area de Trabajo	Biomecanico	Lumbagos	Pausas Activas	Operativo
	Fenomenos Naturales	Torceduras	Charlas de Prevención	Tecnico
	Fisico-Ruido	Perdida Auditiva	Uso de Tapaoidos	SST
Instalación de Acabados	Quimico	Intoxicación Respiratoria	Verificación de Actos y condiciones de Seguridad	Operativo
	Fisico-Vibración	Atrapamiento Mandibular		Tecnico
	Biomecanico	Heridas Punzantes	Reconocimiento y examen de Salud	SST
Orden y Aseo	Fenomenos Naturales	Trauma Craneoencefalico	Socialización de Actos Arte	Operativo
	Biologico	Infecciones Resp	Uso Emergencias	Tecnico
	Condiciones Seguridad	Lesiones Publico	Recomendaciones Medicas	SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Camilo Bario	SST		/2026

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:

Reparo Eduardo

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
20-04-2026	25-04-2026

Descripción del Trabajo:

Recuperación de Espacio público - Andenes y Pavimentos de Zona Comercial

Hora inicio:	Hora de finalización:
7:00am	11:00 am

Herramientas / Equipos:

Herramientas Manuales: Señales, Conos, Delineadores, Martillo y Arnés

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de Trabajo	Tránsito Vehicular y Peatonal Ruido Polvo	Accidentes Daños a Terceros Enfermedades	Arnés, Casco y Botas de Seguridad	Técnico Operativo SST
Traslado de Herramientas al Area de Trabajo	Desplazamiento Caídas a Desnivel Golpes	Caídas a Desnivel Golpes Lesiones	Cinturón de Seguridad	Técnico Operativo SST
Recuperación de Espacio Público en el Andén	Retiro de Material Trabajadores Externos Ruido	Contaminación Ambiental Reubicación Enfermedades	Equipo de Recuperación y Andenes de Trabajo Seguro	Técnico Operativo SST
Orden y Aseo	Tránsito Desplazamiento Peatonal y Vehicular	Caídas a Desnivel Golpes	Arnés, Guantes y Botas	Técnico Operativo SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Leonardo Rivera	Profesional SST		

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Pintura	11-05-26	18-05-26
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
se realiza pintado de Paredes Internas	7:00 am	17:00 Pm

Herramientas / Equipos:
Brochas, Rodillos, Pala, Cuchilla, Martillo, Alicate, Vara de Extensión

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Desarrollo Horas de Trabajo	Fisico Trabajadores Naturales Biologico	Golpe/aplastamiento Agotamiento, Somnolencia Caidas Mismo Nivel	Arreglos y Señalizacion Capacitacion en Trabajo en altura	SST Operativo Tecnico
Desplazamiento Herramientas al Lugar de Trabajo	Biologico Virus Psicosocial Mecanicos/Golpe de Cargas	Exposicion Respiratoria Cansancio Mental Golpes/Contusiones	Fumigacion de Mosquitos de Cuidados y desinfeccion de Botiquines y Camillas	SST Operativo Tecnico
Montaje de Andamios e Instalacion de Barandas	Psicologico Problemas/Estres Fisico Exposicion a Quimicos	Violencia Verbal Deshidratacion Intoxicacion	Uso de elementos de Proteccion Personal y Manejo Adecuado	SST Operativo Tecnico
Orden y Aseo	Biologico Trabajadores Naturales Mecanicos/Golpe	Enfermedad respiratoria Asfixia Golpes/Contusiones	Fortalecimiento de Pausas de Hidratacion y Aseo Trabajadores y Aprendices	SST Operativo Tecnico

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Arnulfo Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Carmen Rosa Hernandez	Supervisor SST		11/05/2026

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Pozos	25-05-26	30-05-26
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Instalación de los Pozos Correspondientes al tanque de almacenamiento de Agua.	7:00am	11:00 a.m

Herramientas / Equipos:

Machete, Cepillo, Destornillador, Alicate, Pala, Zurrucho, Martillo

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Inspección Área de Trabajo	Uso herramientas peligrosas	Vigilancia respiratoria	Extintores Vencimiento y señalización	Técnico
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		SST
	Animales y Insectos	Hemorragias	Botiquín equipado	Operativo
Traslado de herramientas al lugar de trabajo	Temperaturas Calor	Deshidratación		Técnico
	Manipulación de Cargas	Derrames	Verificación de herramientas	SST
	Desplazamientos	Heridas	y Firmas de ATS	Operativo
Instalación de Pozos en Área de almacenamiento	Carga Mental	Caída Estres		Técnico
	Movimiento repetitivo	Fatiga Muscular	Pausas Activas	SST
	Vibración	Aturdimiento	Punto de Hidratación	Operativo
Orden y Aseo	Físico	Heridas Golpes		Técnico
	Biológico Virus	Cuidado Personal	Aseo y Ordenes todos	SST
	Fenómenos	Fracturas	los sitios de trabajo	Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Carmelo Bravo Hernandez	Ingeniero SST		25-05-26

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día, se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación Piso	16-06-26	20-06-26
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Instalación de Cesped en zona Verde de Salón Comunal	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:

Pala, Pica, Carretilla

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Señalizar área de trabajo	Fenomenos Naturales Bacterias, Hongos Radiación No Ionizante	Trauma craneo Gripas Atropellamiento de pie	Area de trabajo Demarcada	Tecnico SST Operativo
Traslado de Equipos y Material a Zona de trabajo	Posturas Prolongadas Atrapación Manual Movimiento Repetitivo	Dolores Espinales Dolor de Cabeza Atrapamiento Muscular	Inspección de Herramientas Firmas de Permisos	Tecnico SST Operativo
Instalación de Cesped a Zona Verde del Salon	Condiciones de Inseguridad Temperaturas Extremas Material Particulado	Heridas, hemorragias Deshidratación Dificultad respirar	Pausas Activas Hidratación en Salon Comunal	Tecnico SST Operativo
Orden y Aseo	Virus, Bacterias Fenomenos Naturales	Enfermedades Golpes y Lesiones, Trauma	Area de trabajo Ordenada y Aseada	Tecnico SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Camilo Rincón	SST		16-06-26

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fundiciones de Fachadas,	09/06/2026	13/06/2026
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Demolición Pintado y Fundiciones de Fachadas	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Brochas

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Áreas señalizadas de trabajo	Trabajos en Alturas Condiciones Inseguras Virus	Deshidratación Golpes y Heridas Mareados	Señalizar y Demarcar las Áreas de trabajo	Supervisor SST Operativo Técnico
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Manipulación Cargas Manejo de cables Posturas Prolongadas	Heridas, Aplastamiento Golpes de Cabeza Hormigueo	Firma de Permisos Inspección de Herramientas	SST Operativo Técnico
Preparación de Mezcla y pintado de Fachada Externa	Exposición a Ruido Material Particulado Radiación No Ionizante	Perdida Auditiva Intoxicación Pulmonar Quemaduras	Pausas Activas Uso de Elementos de Protección	SST Operativo Técnico
Orden y Aseo	Basuras, Riesgos Inseguridad Fenómenos Naturales	Contaminación Golpes, Riñas Caídas, Incendios	Todas las Áreas de trabajo Ordenadas y Limpias	SST Operativo Técnico
/	/	/	/	/

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Conrado Triano	SST		13-06-26

ATS

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Excavación manual de vigas de cimentación	01-07-2025	05-07-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Excavación Manual para estructuras	7:00 AM	11:00 AM
Herramientas / Equipos:		
Pala, Pica, Barra		
Requerimientos / Condiciones:		

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar área de trabajo	Físico Biológico	Golpes, Cortadas, quemaduras	Señalizar área de trabajo	Residente
	Fenómenos Naturales	Fisuras, Derrumbes		SST
	Condiciones Seguridad	Caídas a mismo nivel		Trabajadores
Traslado de herramienta al lugar de trabajo	Biomecánico	Lesiones, Esguinces		Residente
	Físico	Golpes, Cortadas, Caídas	Firma de Permisos o Charlas de Trabajo Seguro	SST
	Biológico	Mordeduras, Picaduras		Trabajadores
Inicio Excavación Manual	Químico	Exposición respiratoria	Charla Sobre Actividad a realizar y objetivo a alcanzar.	Residente
	Psicosocial	Cansancio, Estrés		SST
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		Trabajadores
Retiro de residuo de la excavación, al área asignada.	Biomecánico	Esguinces, Lesiones	Condiciones de Requerimientos Adecuados para la ejecución de las actividades	Residente
	Físico	Golpes de Calor		SST
	Biológico	Gripas		Trabajadores
Orden y Aseo	Condiciones de Seguridad	Golpes, Caídas	Áreas Asignadas para el trabajo en Orden y Aseo	Residente
	Químico	Intoxicación, Asfixia		SST
	Físico	Golpes		Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Para Siewa	Oficial		
Jose Junior Duarte Coronel	Ayudante		
Alex Perez Mz	Op	ALEX	
Jorge Prieto	Op		
Eliecer Leal D	Nivel		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Perez Machado	Ing. Residente		01-07-2025
Cesar Niño Fernandez	SST		01-07-2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar; identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Armado de acero para fundir de almacenamiento	07 - Julio - 2023	12 - Julio - 2023
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Armar acero para dintel fundido de tanque	07:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Dobladora, Alicates, Portamallete

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Ingreso a Area de Trabajo	Condiciones de Seguridad	Golpes mismo y diferente nivel	Señalizar area de trabajo	Residente
	Fenomenos Naturales	Lesiones		SST
	Biologico	Picaduras		Trabajadores
Traslado de herramienta al area de trabajo	Biomecanico	Lumbalgias	Uso de Ayudas mecanicas	Residente
	Psicosocial	Atrapamiento		SST
	Fisico	Golpes, Cortadas		Trabajadores
Armar Acero en area de tanque	Biomecanico	Falso de Espalda		Residente
	Condiciones de Seguridad	Golpes diferente y mismo nivel	Realizar Pausas Activas	SST
	Biologico	Alergias, Jaquillo	en Jornada Mañana y Tarde	Trabajadores
Instalacion de cinta hidroexpansiva	Psicosocial	Agresión Laboral		Residente
	Fisico	Trabajos en Altura	Señalizacion de Instalacion de	SST
	Condiciones de Seguridad	Golpes diferente nivel	Cinta hidroexpansiva	Trabajadores
Orden y Aseo	Biologico	Contaminación		Residente
	Fisico	Desplazamiento	Area de Trabajo Ordenada	SST
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Atrapo	y Limpia.	Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Parra Siena	oficial		
Jose Angel Duarte Cisneros	Ayudante		
ALEX PARRA MAS	OSI		
JORGE AVILA	OS		
ELIECER LEAL PEDROZA	LIDER		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Oscar Maldonado	Ing. Residente		07-07-2023
Camilo Ricardo Hernandez	SST		07-07-2023

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Se realiza acopio y redistribución de Material y de acero en armado de Acero	14- Julio- 2025	14- Julio- 2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se Organiza area de trabajo redistribuyendo Material y de acero en armado Acero	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Cuadrilla, Alicates, Palas, Picos, Barras, Nivel, Tenazas

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcación y señalización	Físico	Golpes de piel		Residente
	Biológico	Heridas en piel	Zonas de trabajo	SST
	Ambiental	Accidentes	Demarcadores y señalización	Trabajadores
Se alista y transporta herramienta y Zona de trabajo	Biomecanico	Esfuerzo Muscular		Residente
	Condiciones de Seguridad	Caida a Diferente nivel	Firmas de Ingresos y Charla Semanal	SST
	Biologico	Picaduras		Trabajadores
Recepción de Acopio de Material y armado de Acero	Quimico	Intoxicación de Polvo		Residente
	Fisico	golpes, Hundimientos	Pasarelas Asfaltadas	SST
	Biomecanico	Calambres	Mañanas y tarde	Trabajadores
Orden y Aseo	Fenomenos Naturales	Temperaturas Favorables		Residente
	Biologico	Dificultad respiratoria	Areas de trabajo, Ordenadas y Aseadas	SST
	Fisico	Contaminación		Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin para sierra	Oficial		
Jose Junior Duarte Cuevas	Ayudante		
ALEX paredes MTS	OSE		
Jorge Arizu	OS		
ELIECER LEAL PERDOMO	MAESTRO		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Allegro Guevara Maldonado	Ing. Residente		14- Julio- 2025
Leonardo Bueno Hernández	SST		14- Julio- 2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Excavación Manual, Armado de Acero y Fabricación de Limpieza en bloque	21-Julio-2025	26-Julio-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se iniciará el trabajo con Excavación Manual para terminar armado de Acero de Vigas y se realiza preparación de Mezcla para Fundido	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Pala, Pica, Barra, Tenazas, Segueta, Carretilla, Palin

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Programar y Iniciar con	Biológico	Proyectiles	Señalizar y Demarcar	Presidente
	Físico	Perforaciones	Zona el Lugar de trabajo	SST
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		Trabajadores
Traslado de herramienta a Lugar de trabajo	Biomecánico	Trastornos Lumbago	Charla Sobre Adecuada	Presidente
	Biológico	Alergias	Postura en el Momento	SST
	Coordinador de Seguridad	Caída a Mismo Nivel	de trabajo Manipulación de Cargas	Trabajadores
Excavación Manual, armado de Acero para Vigas	Biomecánico	Calambres, Dolor		Presidente
	Psicosocial	Cansancio Amnesia	Firma de Permisos	SST
	Físico	Golpes, Heridas	de ingreso a actividades o ambientes	Trabajadores
Mezcla de Mortero para Fundido	Químico	Intoxicación Respiratoria		Presidente
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Caídas	Inspección y Verificación de	SST
	Biomecánico	Dolor, Moretón	Elementos de Protección P.	Trabajadores
Orden y Aseo	Biológico	Irritación y Picaduras		Presidente
	Físico	Golpes, Heridas	Área de trabajo Ordenada	SST
	Químico	Intoxicación Polvo	y Limpia	Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Para Siena	oficial		
Jose Junior Durante casanova	Ayudante		
ALEX PERALES ARIAS	OFI	ALEX	
JORGE ARIZA	OF		
OLEGER LEAL.	AYUDANTE		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Cabrera Maldonado	Ing. Residente		21-07-2025
Conrado Pinto Hernandez	SST		21-07-2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Formaleta	28-Julio-2025	02-Agosto-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora Inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Inicio de Instalación de Formaleta para Fundida	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:

Barbiquejo, Alicates, Destornilladores,

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Instalación y Desmonte	Biológico Condiciones de Seguridad Físico	Riesgo de contagio Caída a Mismo Nivel Golpes, Machucones	Uso de Elementos de Protección Personal Requerido	Residente SST Trabajadores y Residente
Traslado de Herramienta	Biomecánico Biológico Condiciones Ambientales	Lesiones Infecciones Cutáneas Lesiones	Se realiza pausas de Descanso de trabajo Seguro	Residente SST Trabajadores y Residente
Instalación de Formaleta	Biomecánico Psicosocial Físico	Fatiga Ansiedad, Estrés Lesiones Visual	Socialización de Procedimiento de Instalación de formaleta	Residente SST Trabajadores y Residente
Orden y Aseo	Químico Condiciones de Seguridad Biológico	Intoxicación Caída a diferente nivel Alergias	Uso de Guantes y Gafas	Residente SST Trabajadores

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin Parra Sierra	Oficial		
Jose Luis Duarte Coronel	Ayudante		
Alex Perez Diaz	SST		
Jorge Pinto	OT		
Eliecer Leal.	Mires.		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Guevara Maldo	Ing. Residente		28-Julio-2025
Consuelo Rivas Hernandez	SST		28 Julio 2025

Powered by CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1 Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2 Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3 Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4 Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5 El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará, en caso de ser necesario.
6 Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7 Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fundida de Concreto a gravedad de Tanques	4-08-25	9-08-25
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Fundir Concreto en Mixer para Fundir Muros	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:
Mixer, Vibrador de Concreto.

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Analizar area de trabajo	Biologico Fisico F. Naturales	Picaduras Golpes, Heridas, Contu Accidentes	Socializar todos los Riesgos presentes en el area Diligenciados	SST Operativo
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Biologico Quimico Fisico	Picaduras, Virus. Exposicion de Quimicos Inconveniencia de Luz	Capacitación sobre Autocuidado	Tecnico SST Operativo
Descargue de Concreto	Biologico Biomecanico Psicosocial	Alergias en piel Estres de Cargas Jornada de Trabajo	Pausas Activas Hidratacion Constante	Area tecnica Operativo SST
Compactar Concreto con Vibrocompactador	Condiciones Seguridad Fisico Fenomenos Naturales	Aprisionados, Muerte Temp. Ex. Calor. Quemaduras	Rotacion de personal, pausa Activa y uso de EPP y uso de Espaldera, Vibracion	Area tecnica SST Operativo
Orden y Aseo	Fisico Condiciones Seguridad Biologico	Contaminantes Explosion/explosion Ejecucion respiratoria	Se organizara campaña de Orden y Aseo en Obra	SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin de Jesus Paira Sierra	Oficial		
Alex Pera ES	Oficial	Alex	
Eliecer Leal	Maestro		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Conrado Riaño Hernandez	SST		9-08-25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSION:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrara expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificara la matriz de peligros, evaluacion de riesgos y la determinación de controles y la actualizara en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementara un ATS semanal, el cual debera ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Descargue de Formaleta y Fundida	11-08-25	16-08-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Si omana hierro y si Descargo Formaleta	7:00 AM	12:00 PM

Herramientas / Equipos:

Bichiroque, Alicates, Martillo, Formaleta

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Areas Demarcadas	Biologico Físico Biomecanico	Picaduras Hipertermia/frio Dolor de Espalda	Señalizar todos los lugares con riesgos inminentes (Huecos)	SST Operativo
Aliste y Herramienta	F. Natural Biomecanico Psicosocial	Caidas Baltas Golpes, Cortes Cansancio Mental	Inspeccion de Herramienta Manual	Operativo SST
Descargue Formaleta Instalación	Condiciones Seguridad Fisico Biomecanico	Machucones Perdida auditiva Dolor Muscular	Firma de Analisis de Trabajo Seguro	Area tecnica Operativo SST
Fundir Muros de Tanque	Quimico Fisico F. Natural	Material particulado Calambres, Fat Deslizamientos	Pausas Activas	Area tecnica Operativo SST
Orden y Aseo	Biologico Condiciones Seguridad Fisico	P. Respiratorios Heridas, Fracturas	Todas las zonas de la obra Ordenadas	SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Darwin de Jesus Parra Sierra	Oficial		
Eliecer Leal Perdomo	Mantenedor		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Smith Guevara	Apoyo Obras		11-08-25
Camacho Mario	SST		11-08-25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas e insumos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día se debe diligenciar un ATS específico por día y ya relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:

Retiro formaleta de viga y de losa, amarre de hierro	10-04-2025	23-04-2025

Descripción del Trabajo:

Retiro formaleta de tanque y de viga con el Encargado de Hierro para Segun Construcción de Columnas de Sotano Comercial	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Martes, Barbiquejo

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES EXISTENTES	CARGO RESPONSABLE
Señalización Area	Físico	Golpeadura de pie	Diligencia area de trabajo	Aux. Ingeniero
	Biologico	Caidas		SST
	F. Mecanicos	Golpes Fracturas	Delimitar area de trabajo	Operario
Desplazamiento de herramienta	Biomecanico	Lumbalgias, Lesiones		Aux. Ingeniero
	Psicosocial	Dolor de cabeza	Vigilancia, Visual todos los dias de herramienta	SST
	Biologico	Golpes		Operario
Amarre de Hierro.	C. Seguridad	Golpes, Heridas	Capacitacion para iniciar Pausa activa de Atividad	Aux. Ingeniero
	Fisico	Caida, Visual		SST
	Biomecanico	Lesiones Trabajadores		Operario
Orden y Aseo	Condiciones Seguridad	Caidas, Fracturas	Se ordena y Organiza luego de trabajo	Aux. Ingeniero
	Quimico	Intoxicacion		SST
	F. Naturales	Precipitaciones		Operario

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA REALIZACIÓN DEL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Diego Leonardo Bermudez	Ingeniero		
Pedro Rojas Hernandez	Ingeniero		
Alex Perez Ayala	Oficial		

VALIDACIÓN PERSONAL HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alexis Smith Zapata Mh	Apoyo Obra SST		23-04-25
Cesar Ribero Hernandez			23-04-25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS específico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Vegetal	20-10-2025	25-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Instalación de Puertas Puertas Existentes del Salón Comunal	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Taladro, Brocas, Pica

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Instalación de Puerta	Biológico	Dolor de Espalda	Permisos Zonas de Trabajo	Operativa SST Terceros
	Físico	Rasguños/Cortes		
	Fenómenos Naturales	Golpes en Extremidades		
Traslados Materiales y Equipos al Área de Trabajo	Psicosocial	Golpes en Cabeza	Charla sobre Autocuidado Firma de Permisos	Operativa SST Terceros
	Biomecánico	Fatiga Muscular		
	Condiciones Seguridad	Fractura Muerte		
Mezcla de Concreto para Puertas	Químico	Intoxicación Pulmonar	Hidratación a todo el Personal	Operativa SST Terceros
	Físico	Explosión o Muerte		
	Fenómenos Naturales	Inundaciones		
Orden y Aseo	Biológico	Resbalones	Pausas Activas y Zonas Ordenadas	Operativa SST Terceros
	Biomecánico	Golpes		
	Condiciones Seguridad	Caída a Diferente Nivel		

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzalez	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Jesus Aluhyd	Ayu	Jesus	
Alex Perales	OE1	Alex P	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Yaneth Ruiz	SST		20-10-2025
Alvaro Quevedo	Ing. Residente		20-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Apertura Hueco	15-10-2025	19-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Apertura hueco, Corte y armado con Alambre	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Barretones, Alicates,

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Punto de trabajo	Biologicos Físicos Condiciones de seguridad	Riesgos graves Dermatitis Caida a Mismo Nivel	Usar Demarcadas y Señaladas	SST Operativo Tecnico
Trasladar Herramienta o Equipos de trabajo	Biomecanicos Fenomenos Naturales Psicosocial	Lumbagos Deshidratacion, Calambres Cefalea, ansiedad	Pausas Activas Charlas de seguridad	SST Operativo Tecnico
Humanar Hueco	Quimicos Biomecanicos Fisicos	Intoxicación Puntual Contusiones Menores Perdida Auditiva	Uso Adecuado de los Elementos de Protección	SST Operativo Tecnico
Orden y Aseo	Biologicos Condiciones Seguridad Fenomenos Naturales	Riesgo Medio respiratorio Caidas Mismo Inundaciones	Areas Ordenadas y Aseadas	SST Operativo Tecnico

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Monterrosa Gonzales	Oficial de Obra	C. Monterrosa	
Alex Perales	oficial	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Carmelo Rivero	SST		19-10-2025
Alvaro Cervera	Tecnico		19-10-2025

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO	CSA-SST-FO-09
FECHA	10/04/2025
VERSION	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y ya relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación de Bloque	08-10-2025	11-10-2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Inicio Instalación de Mampostería con bloque	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Boquilla, Palustre

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demolición Área	Condiciones Inseguridad	Atrapamiento, Golpes		Ingeniero
	Fenómenos Naturales	Lesiones	Demarcar y	SST
	Físico	Probabilidad caída	Señalizar Lugar de Trabajo	Operativo
Traslado de Material y Herramienta	Biológico	Agresividad animales	Uso de Elementos de	Físico
	Psicosocial	Comunicación Mental	protección personal	SST
	Biomecánico	Trabajo en Alturas		Operativo
	Químico	Intoxicación		Técnico
Izada de Ladrillo e Instalación de Bloque e Ladrillo	Físico	Atrapación Manos	Barrera Retorno para	SST
	Biomecánico	Lesiones	Mantenimiento preventivo	Operativo
	Condiciones Inseguridad	Fractura, Golpes		Técnico
Orden y Aseo	Biológico	Resbalones	Uso de Señales	SST
	Químico	Intoxicación Respi	Condiciones de Uso y Orden	Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Carlos Alberto Montenegro Gonzalez	Oficial de Obra	C. Montenegro	
Alex Perales	Of.	Alex Perales	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Gonzalez	Técnico	Alvaro G.	01-10-2025
Carmelo Prado	SST		

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	4/10/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará, en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duracion un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Orden y Aseo en Frente de obra	4/11/2025	8/11/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Organizar todo el Campo de obra para Campaña de Orden y Aseo	7:00 am	11:00 am

Herramientas / Equipos:

Pala, Buro, Carretilla

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de trabajo	Biologico Fisico Fenomenos Naturales	Proyectados Golpes Lesiones, Fracturas	Señalizar y delimitar Area de Trabajo	Tecnico Operativo SST
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Biomecanico Fisico Condiciones de Seguridad	Lumbalgia, Dolor Golpes Heridas, Golpes	Inspeccion de Herramientas Manuales	Tecnico Operativo SST
Riesgos Locombros	Quimico Biologico Fisico	Intoxicacion Respirat. Alergias Lesiones Agud.	Utilizar Elementos de Proteccion Personal	Tecnico Operativo SST
Orden y Aseo	Condiciones de Seguridad Biomecanico Fisico	Enfermedad Enfermedad Musculoes Lesiones	Zona de trabajo Ordenada y Aseada	Tecnico Operativo SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Don Edinson Montes	Oficial		
Andres Montano M.	ayudante		
Amado Miranda Diaz	Ayudante		
Carlos Alberto Montero	OF		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alfredo Guevara	Tecnico		04/11/25
Gonzalo Bravo	SST		04/11/25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos,
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación Puntos de Polos Comunes	10/11/2025	15/11/2025
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Preparar Predio para proceder a puntear los postes	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Polo Polistic Bagoneta

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Demarcar Area de Trabajo	Biologico Fisico Fenomenos Naturales	Caidas Golpes/Contusiones Atropellamientos	Area demarcadas y señalizadas	SST Tecnico Operativo
Traslado de herramientas a Area de Trabajo	Biomecanico Condiciones Inseguras Fisico	Dolor Muscular Caidas, Fracturas Perdida de Oido	Inspección de Herramientas a utilizar	SST Tecnico Operativo
Preparar Predio Cuadrado y Amarre	Quimico Psicosocial Fisico	Quemaduras Profundas Dolor de Cabeza Golpes/Contusiones	Firma de Permisos	SST Tecnico Operativo
Puntal Postes	Condiciones Inseguras Quimico Biomecanico	Caidas, Golpes Materiales punzantes Lumbalgias	Pausas Activas	SST Tecnico Operativo
Orden y Aseo	Biologico Psicosocial Fenomenos Naturales	Hongos Cansancio Mental Deshidratacion	Areas Ordenadas y Limpias	SST Tecnico Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Julio Cesar Martinez	electrico		
Alexander Jimenez moreno	Ayudante	Alexander	
Alirio Diaz	OF		
Amado Miranda	AF		
Carlos Alberto	OF	Carlos Montes	

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Alvaro Cayeros	Tecnico		10/11/25
Camilo Bravo	SST		10/11/25

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un dia se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un dia, se debe diligenciar un ATS especifico por dia y va relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:	Fecha de Inicio:	Fecha de finalización:
Acabados	06-04-2026	11-04-26
Descripción del Trabajo:	**Hora Inicio:**	**Hora de finalización:**
Instalación de Acabados a todo el Salon Comunal	7:00am	11:00am

Herramientas / Equipos:
Herrajes, Martillo, Alicate, Destornilladores, Serrucho

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
1 Demarcar Area de trabajo.	Biologico	Picaduras	Uso de Tapabocas	Operativo
	Fisico	Deshidratación	Puntos de Hidratación	Tecnico
	Condiciones de Seguridad	Golpes, Atrapes	Advertencias en Seguridad	SST
Traslado de Herramienta al area de Trabajo	Biomecanico	Lumbagos	Pausas Activas	Operativo
	Fenomenos Naturales	Torceduras	Charlas de Prevención	Tecnico
	Fisico-Ruido	Perdida Auditiva	Uso de Tapaoidos	SST
Instalación de Acabados	Quimico	Intoxicación Respiratoria	Verificación de Actos y condiciones de Seguridad	Operativo
	Fisico-Vibración	Atrapamiento Mandibular		Tecnico
	Biomecanico	Heridas Punzantes	Reconocimiento y examen de Salud	SST
Orden y Aseo	Fenomenos Naturales	Trauma Craneoencefalico	Socialización de Actos Arte	Operativo
	Biologico	Infecciones Resp	Uso Emergencias	Tecnico
	Condiciones Seguridad	Lesiones Publico	Recomendaciones Medicas	SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Camilo Bario	SST		/2026

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO	CSA-SST-FO-09
FECHA	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente
7. Para actividades rutinarias y cíclicas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y ya relacionado con el permiso de trabajo

Actividad a realizar:

Riego Planta

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
10 04 2026	25 04 2026

Descripción del Trabajo:

Riego de Tipos palma - Arboles y Jardinería de Jardín Central

Hora inicio:	Hora de finalización:
7:00 am	11:00 am

Herramientas / Equipos:

Pala, Machete, Guadaña, Rastrillo, Pala, Machete, Azada

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Recorrido de Jardín	Caminar, Piso, Piedras	Caídas, Golpes	Uso de botas y guantes	Jardinero, Ayudante, SST
Inspección de plantas y riego	Plantas, Agua, Herramientas	Golpes, Cortes	Uso de guantes y gafas	Jardinero, Ayudante, SST
Riego de plantas	Agua, Herramientas, Plantas	Golpes, Cortes	Uso de botas y guantes	Jardinero, Ayudante, SST
Poda y limpieza	Herramientas, Plantas, Basura	Golpes, Cortes	Uso de guantes y gafas	Jardinero, Ayudante, SST

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Andres Montaño	Ayudante	Andres Mon	
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Camilo Pico	Técnico SST		25 - 04 - 26

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día, se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y criticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS especifico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Instalación Piso	16-06-26	20-06-26
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Se realiza Instalación de Cesped en zona Verde de Salón Comunal	7:00 Am	11:00 Am

Herramientas / Equipos:

Pala, Pica, Carretilla

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Señalizar área de trabajo	Fenomenos Naturales Bacterias, Hongos Radiación No Ionizante	Trauma craneo Gripas Atropellamiento de pie	Area de trabajo Demarcada	Tecnico SST Operativo
Traslado de Equipos y Material a Zona de trabajo	Posturas Prolongadas Atrapación Manual Movimiento Repetitivo	Dolores Espinales Dolor de Cabeza Atrapamiento Muscular	Inspección de Herramientas Firmas de Permisos	Tecnico SST Operativo
Instalación de Cesped a Zona Verde del Salon	Condiciones de Inseguridad Temperaturas Extremas Material Particulado	Heridas, hemorragias Deshidratación Dificultad respirar	Pausas Activas Hidratación en Salon Comunal	Tecnico SST Operativo
Orden y Aseo	Virus, Bacterias Fenomenos Naturales	Enfermedades Golpes y Lesiones, Trauma	Area de trabajo Ordenada y Aseada	Tecnico SST Operativo

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Camilo Rincón	SST		16-06-26

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO:	CSA-SST-FO-09
FECHA:	10/04/2025
VERSIÓN:	1

INSTRUCCIONES:

1. Indicar la actividad no rutinaria a realizar colocando una descripción de la tarea a ejecutar, identificar la fecha, hora de inicio y de finalización, las herramientas y equipos utilizados y los requerimientos o precondiciones para realizar la actividad.
2. Establecer los pasos requeridos para el desarrollo de la actividad, identificando los peligros a los que se encontrará expuesto el trabajador, las consecuencias, los controles requeridos y la persona responsable de la implementación de los controles.
3. Indicar los datos y firma de los trabajadores que participaron en la elaboración del ATS.
4. Solicitar el visto bueno del encargado de HSE, quien verificará la identificación de peligros y los controles establecidos.
5. El personal HSE, con la información recolectada en el ATS, verificará la matriz de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles y la actualizará en caso de ser necesario.
6. Las actividades no rutinarias que se realicen por más de un día se implementará un ATS semanal, el cual deberá ser validado diariamente.
7. Para actividades rutinarias y críticas con una duración un día, se debe diligenciar un ATS específico por día y va relacionado con el permiso de trabajo.

Actividad a realizar:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fundiciones de Fachadas,	09/06/2026	13/06/2026
Descripción del Trabajo:	**Hora inicio:**	**Hora de finalización:**
Demolición Pintado y Fundiciones de Fachadas	7:00 AM	11:00 AM

Herramientas / Equipos:

Brochas

Requerimientos / Condiciones:

SECUENCIA ORDENADA DE PASO (Procedimientos)	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS	CARGO RESPONSABLE
Áreas señalizadas de trabajo	Trabajos en Alturas Condiciones Inseguras Virus	Deshidratación Golpes y Heridas Mareados	Señalizar y Demarcar las Áreas de trabajo	Supervisor SST Operativo Técnico
Traslado de herramientas a lugar de trabajo	Manipulación Cargas Manejo de cables Posturas Prolongadas	Heridas, Aplastamiento Golpes de Cabeza Hormigueo	Firma de Permisos Inspección de Herramientas	SST Operativo Técnico
Preparación de Mezcla y pintado de Fachada Externa	Exposición a Ruido Material Particulado Radiación No Ionizante	Perdida Auditiva Intoxicación Pulmonar Quemaduras	Pausas Activas Uso de Elementos de Protección	SST Operativo Técnico
Orden y Aseo	Basuras, Riesgos Inseguridad Fenómenos Naturales	Contaminación Golpes, Riñas Caídas, Incendios	Todas las Áreas de trabajo Ordenadas y Limpias	SST Operativo Técnico
/	/	/	/	/

PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN EL ATS

Nombre	Cargo	Firma	Observaciones
Amado Miranda Diaz	Ayudante		

VISTO BUENO DE RESPONSABLE DE HSE

Nombre	Cargo	Firma	Fecha de validación
Conrado Triano	SST		13-06-26

NEXO SST 13. BRIGADA DE EMERGENCIA

	ACTA DE CONSTITUCIÓN DE BRIGADA	Código	CSA-SST-FO-17
		Fecha	10/04/2025
		Version	1

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LAS BRIGADAS DE EMERGENCIA

En la ciudad de Bogota los 11 días del mes de Septiembre del año 2025. Se reunieron los trabajadores en las Instalaciones de la Empresa

Por previa convocatoria que hiciera el gerente, con el fin de elegir a los miembros de **LAS BRIGADAS DE EMERGENCIA** y con la finalidad de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes descritas en la Ley 9/79, Resolucion 2400/79, Decreto 614/84, Resolución 1016/89, entre otras del Ministerio de la Protección Social, *por la cual se reglamenta el funcionamiento de los Planes de Emergencia*; para tal efecto se estableció el siguiente orden del día:

1. Reunión con los Trabajadores y Directivos.
2. Motivación y Sensibilización de la Legislación en Emergencias
3. Elección de los integrantes.
4. Funciones de los Brigadistas

Una vez realizadas la motivación y sensibilización a los participantes, el representante legal, junto con los directivos y trabajadores conformaron las Brigadas de Emergencia del Consorcio Salón comunal 013 de la siguiente forma:

Brigada de Emergencias

Jefe de Brigada	Suplente
Ricardo Becerra	Andres Montaño
Prevención y Control de Incendios	**Suplente**
Alexis Becerra	Alex Pinilla
Primeros Auxilios	**Suplente**
Cecilia Rojas	Amanda Aranda
Evacuación	**Suplente**
Edwin Pio	Yenni Beltran

Brigadistas
Los Brigadistas no Asumen ningun cargo adicional del funcionario que Ocupa ya el cargo

Aceptando cada uno sus responsabilidades como brigadistas se da por terminada la sesión quedando debidamente constituidas las Brigadas de Emergencia.

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
R.L CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT: 901.901.941-0

	FORMATO CONFORMACIÓN DE BRIGADA CONTRA INCENDIOS	CODIGO: CSA-SST-FO-
		FECHA: 10/04/2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1

BRIGADA CONTRA INCENDIOS



OBJETIVO

Establecer procedimientos específicos para afrontar cualquier conato de incendio, buscando salvaguardar la vida de los trabajadores, los bienes de la empresa y proteger el Medio Ambiente.

GENERALIDADES

La operatividad del plan de contingencia para conatos de incendios, debe ser conocida por todo el personal, fundamentada por la cuadrilla contra incendios, quienes tendrán a su cargo la lucha primaria contra incendio. En caso que se presente un conato de incendio se activará la alarma de acuerdo al instructivo.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Contra Incendios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: salida de oficinas

Los integrantes de la brigada o cuadrilla contra incendios realizarán la lucha primaria o avance para combatir el fuego. La brigada controlara la propagación si es posible, sin poner en peligro la vida de ninguna persona. En caso contrario se dará aviso a las autoridades y organismos competentes.

PERSONAL DE CONTRA INCENDIOS

Todo el personal recibirán orientación sobre los principales aspectos en la lucha contra incendio.

Todo el personal integrante de la cuadrilla contra incendio será capacitado previamente para actuar de la manera mas adecuada ante dicho evento.

Integrantes de la brigada Contra Incendios

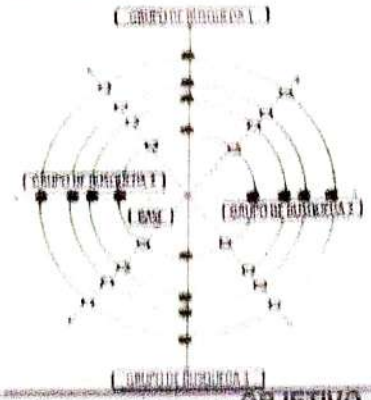
1	Alvaro Carvajal
2	Alex Perales
3	

	FORMATO CONFORMACIÓN BRIGADA DE EVACUACIÓN, BUSQUEDA Y RESCATE	Código: CSA-SST-FO-13 Fecha: 10/04/2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 1

BRIGADA DE BUSQUEDA Y RESCATE







OBJETIVO

Establecer procedimientos específicos para evacuar y rescatar lesionados y/o personal vulnerable ante cualquier emergencia Tales como incendio, terremoto, sismo, accidentes de tránsito, explosiones etc., que ponga en peligro la integridad física y mental de las personas, buscando salvaguardar la vida de las mismas

GENERALIDADES

La operatividad de los planes de contingencia para los diferentes eventos, debe ser conocida por todo el personal soportada por la cuadrilla de rescate, quienes tendrán a su cargo el soporte primario ante cualquier evento que involucre rescate de personas

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de Busqueda y Rescate junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Parqueadero de visitantes

Los integrantes de la brigada se colocaran a disposición del coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo para iniciar la evacuación, rescate y atención primaria de los lesionados

PERSONAL DE BUSQUEDA Y RESCATE

Todo el personal del grupo, tanto administrativos y operativos recibirán orientación sobre los principales aspectos en la evacuación y rescate de personas

Todo el personal integrante de la cuadrilla de rescate, recibirá instrucción básica previa sobre sus roles y responsabilidades dentro de la cuadrilla para actuar de forma armónica

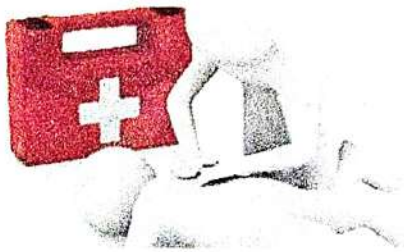
Integrantes de la brigada de Busqueda y Rescate

1 2 3	Johanna Lizeth Triana Villalba	

	FORMATO CONFORMACIÓN DE BRIGADA PRIMEROS AUXILIOS	Código: CSA-ST-FO-15
		Fecha: 10-04-2025
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Página 1 de 1

BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS





OBJETIVO

Contar con un grupo de personas capacitadas para afrontar de manera adecuada cualquier emergencia médica, buscando salvaguardar la vida del o los implicados.

GENERALIDADES

La operatividad del Plan MEDEVAC, debe ser conocida por todo el personal, soportado por la brigada de primeros auxilios, quienes tendrán a su cargo la prestación y soporte primario en primeros auxilios al lesionado o paciente.

FUNCIONES

Todo el personal integrante de la brigada de primeros auxilios junto a las demás personas, se reunirán en los sitios preestablecidos Punto de Reunión ubicado así: Punto de encuentro

Los integrantes de la brigada o cuadrilla de primeros auxilios se colocarán a disposición del Coordinador de SST, para recibir órdenes específicas y atender a los lesionados.

PERSONAL DE PRIMEROS AUXILIOS

Todo el personal del grupo, recibirán orientación sobre los principales aspectos en la prestación de los primeros auxilios.

Todo el personal integrante de la brigada de Primeros Auxilios recibirá instrucciones específicas previas para enfrentar de manera adecuada la emergencia médica.

Integrantes de la brigada de Primeros Auxilios

1	Gonzalo Rivero	
2	Amado Miranda	
3		

ANEXO SST 14. TSA

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	**09** MES	**2025** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS**

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

CONSORCIO SALON COMUNAL 013 NIT 901901941-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO	Masculino	47 Años	CC (Tipo)	78759813 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNO	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCI"N ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEG"N "REA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES EN ALTURAS
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" H"BITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC|S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTERROZA GONZALEZ CARLOS ALBERTO
CC 78759813

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Salon Comunal 013 Puente Aranda	FECHA:	24 al 25 / octubre / 25
LOCALIZACIÓN:		CONTRATISTA:	Comando Salon Comunal

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de Ladrillo o Bloque
2. Pañetes Paredes
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS	X	ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	X

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PETOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	X

OTROS. ¿Cuáles? Linea de vida

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	X
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS	X	PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se maneda la Importancia de autocuidado sobre actividades en alturas
2. Utilizar Elementos contra caidas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto Monterroza	78759817	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	**Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.**

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guevara	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Yimer Beltran	CARGO:	Apoyo Tecnico	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Gonzalo Riaño	Nº LICENCIA:	7525	FIRMA:	

	PERMISO DE TRABAJO DE ALTO RIESGO	CODIGO:	CSA-SST-FO-11
		FECHA:	10/04/2025
		VERSION:	1

NOMBRE PROYECTO:	Comuna Valor Comunal	FECHA:	14 al 18 Oct - 2025
LOCALIZACIÓN:	Puente Grande	CONTRATISTA:	Valor Comunal 013

Actividad de alto riesgo a realizar:

TRABAJO ELECTRICOS		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN ALTURAS	X
ESPACIOS CONFINADOS		OTRA CUAL?:			

Descripcion detallada de las actividades que ejecutara en el dia:

1. Instalacion de techo
2. Instalacion de Bloque o Ladrillo
3.

Herramientas - Equipos que utilizara

TALADROS		TERMOFUSOR		EXTENCIONES	
PISTOLA DE FIJACION		SEGUETAS - CIZALLAS		ESCALERAS	
HERRAMIENTAS DE MANO	X	CUCHILLAS- BISTURI		ANDAMIOS	
EQUIPOS DE SOLDADURA		PULIDORAS	X	EQUIPO DE ALTURAS	

OTROS. ¿Cuáles?

Elementos de protección personal requeridos

CASCO	X	CARETAS		BOTAS	X
GAFAS	X	PÉTOS		GUANTES	X
PROTECCION AUDITIVA		OVEROLES	X	SEÑALIZACION	
TAPABOCAS	X	ARNES	X	EXTINTORES	

OTROS. ¿Cuáles?

Riesgos y peligros identificados

CAIDAS	X	CORTADURAS	X	INTOXICACION	
RESBALONES	X	AMPUTACION		ASFIXIA	
ELECTROCUCIÓN		ATRAPAMIENTO		ALERGIAS	
FRACTURAS	X	LUMBALGIAS		PERDIDA AUDITIVA	

Observaciones y recomendaciones:

1. Se realiza firma de Permiso con indicaciones de autoridad
2. Se recomienda siempre Utilizar Equipo Contra Alturas
3.

REGISTRO DE PARTICIPANTES

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	FIRMA
Carlos Alberto	78759 813	Oficial	Carlos M.

DATOS DEL AUTORIZANTE

* Una vez inspeccionada el área de trabajo, comprobado el cumplimiento de los requisitos indicados, y verificado los Elementos de Protección Personal necesarios para la ejecución del trabajo, Certifico que se ha efectuado correctamente los trabajos preparatorios indicados y que se puede realizar el trabajo en alturas.

OBSERVACIONES GENERALES:	Este permiso de trabajo en alturas debe ser diligenciado, por el(los) trabajador(es) o por el empleador y debe ser revisado y suscrito por el coordinador de trabajo en alturas en cada evento.

REPONSABLE DE AUTORIZAR EL TRABAJO

NOMBRE COMPLETO:	Alvaro Guerrero	CARGO:	Tecnico	FIRMA:	

REPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS

NOMBRE COMPLETO:	Ximey Betran	CARGO:	Apoyo T	FIRMA:	

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

NOMBRE COMPLETO:	Cazuele Rivero	N° LICENCIA:	7325	FIRMA:	

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SAFETY SOLUTIONS SAS

Identificada con NIT No. 901.482.951 - 5

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4272 de 2021, aprobación emitida por el Ministerio de Trabajo

No. 08SE2024220000000007068 del 29, NTC 6072 Certificado por BUREAU VERITAS acreditado por ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ

Identificado con Cédula de ciudadanía Nº 78759813
EMPRESA: CONSORCIO SALON COMUNAL 013
NIT: 9 0 1 9 0 1 9 4 1 -0
R. LEGAL: RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ, con documento 8 0 8 5 0 3 0 0
ARL: SURA

Cursó y Aprobó la Formación en:

Reentrenamiento Sectorial 4272

Realizado en Bogota del (20) del mes de septiembre de 2025 al (20) del mes de septiembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

BETSSY PAOLA SANTOS BARRETO
CC 52376138
REPRESENTANTE LEGAL

WILMAR DANIEL VERGARA VIDES
ENTRENADOR EN TRABAJO EN ALTURAS
LIC. 25-0624 del 2020

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota a los (20) del mes de septiembre de 2025

ANEXO SST 15. PLAN DE TRABAJO

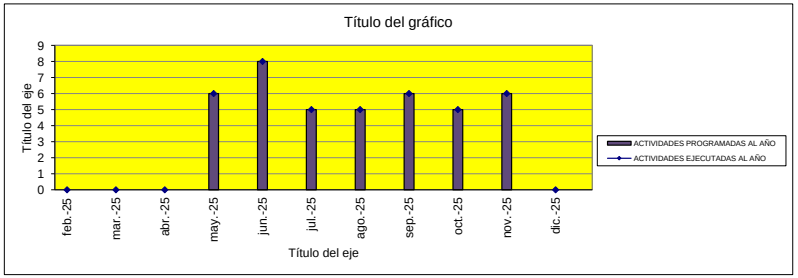
	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	CONSORCIO SALON COMUNAL 013	
	SG-SST	
PLAN DE TRABAJO ANUAL	Codigo:	CSA-SST-PT-01
	Fecha:	abr-25
	Versión:	001
	Pagina 1 de 2	

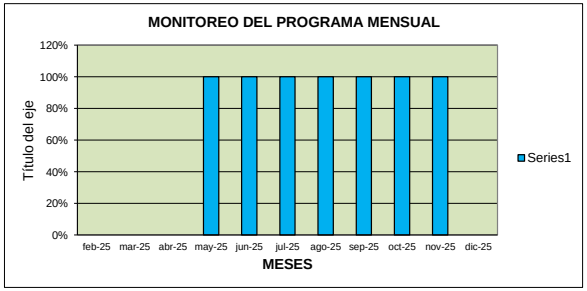
OBJETIVO

Fortalecer la Seguridad y Salud en el Trabajo al interior de la organización, a través de la planificación, desarrollo, verificación y generación de acciones preventivas, correctivas y de mejora, según las disposiciones legales vigentes.

CRONOGRAMA

N°	OBJETIVO	ACTIVIDADES (PHVA)	RESPONSABLES	ene-25		feb.-25		mar.-25		abr.-25		may.-25		jun.-25		jul.-25		ago.-25		sep.-25		oct.-25		nov.-25		dic.-25	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	Revisar, publicar y socializar los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Prevención de Sustancias Psicoactivas.	Actualizar cronograma de Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo 2025	Responsable del SG-SST																								
		Socializar la modificacion realizada en Política en Seguridad y Salud en el Trabajo	Responsable del SG-SST																								
		Matriz legal de SST 2025	Responsable del SG-SST																								
	Fortalecer actividades de los subprogramas de Medicina Preventiva y Medicina Laboral, que permitan promocionar la salud y bienestar de los funcionarios y contratistas.	Gestionar el desarrollo de los exámenes ocupacionales (ingreso, periódicos y de egreso). De igual forma los exámenes paraclínicos que se requieran según la labor desarrollada	Responsable del SG-SST									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		Indicar el reporte oportuno de Ausentismo por parte de los Trabajadores.	Responsable del SG-SST									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		Dar a conocer la tasa de morbilidad presentada en la compañia.	Responsable del SG-SST											1	1												
3	Fortalecer actividades relacionadas con Higiene y Seguridad Industrial, que contribuyan disminuir la accidentalidad y enfermedades laborales.	Gestionar la dotación de los EPP para todos los trabajadores, que lo requieran según las labores desarrolladas	Responsable del SG-SST											1	1					1	1						
		Realizar los reportes de novedades y desafiliaciones.	Responsable del SG-SST									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		Diseñar la Matriz de Riesgos 2025.	Responsable del SG-SST																								
		Realizar los planes de mejoramiento correspondientes, según los resultados obtenidos en la Matriz de Riesgos.	Responsable del SG-SST																					1	1		
		Realizar y socializar Protocolo de autocuidado según Resolucion 2121 de 2023	Responsable del SG-SST									1	1														
		Realizar los protocolos, sugeridos por el protocolo de autocuidado	Responsable del SG-SST											1	1												
		Particpar en las reuniones de Comité Paritario de Seguridad y Sallud en el Trabajo (COPASST), Comité Convivencia Laboral.	Responsable del SG-SST									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		Reportar los incidentes y accidentes laborales presentados por los trabajadores de la empresa y las respectivas investigación. Resolución 1401 de 2007 - Resolución 2851 de 2015.	Responsable del SG-SST									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		Socializar con la parte operativa el plan de Emergencia de la empresa	Responsable del SG-SST																								
		Capacitar las Brigada de Emergencia	Responsable del SG-SST													1	1										
		Actualizar el Plan de Preparación, Prevención y Respuesta ante Emergencias	Responsable del SG-SST																	1	1						
		Señalizacion de rutas de evacuacion y salida de emergencia.	Responsable del SG-SST									1	1														
		Realizar I simulacro de evacuacion	Responsable del SG-SST																			1	1				
		Realizar II simulacro de evacuacion	Responsable del SG-SST																								
			TOTAL AÑO	ene.-25		feb.-25		mar.-25		abr.-25		may.-25		jun.-25		jul.-25		ago.-25		sep.-25		oct.-25		nov.-25		dic.-25	
		ACTIVIDADES PROGRAMADAS AL AÑO	41	0		0		0		0		6		8		5		5		6		5		6		0	
		ACTIVIDADES EJECUTADAS AL AÑO	41	0		0		0		0		6		8		5		5		6		5		6		0	
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL AÑO	100%	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		#¡DIV/0!		100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		#¡DIV/0!	





ANEXO SST 16. PAZ Y SALVO

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80.850.300, quien se desempeñó como **Director de obra**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
C.C. No. 80.850.300

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80.217.108, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Residente de obra** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el día 23 de junio de 2026.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ** en el marco del contrato, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

EDWIN FERNEY ROJAS GONZALEZ
C.C. No. 80.217.108

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79.957.717, quien se desempeñó como **Especialista estructural**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

CAMILO ANDRES CONTRERAS ROJAS
C.C. No. 79.957.717

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.020.718.924, quien se desempeñó como **Especialista hidráulico**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

JOHN GERARDO BAUTISTA HERNANDEZ
C.C. No. 1.020.718.924

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79.155.799, quien se desempeñó como **Especialista eléctrico**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

RAUL MAURICIO ZAMBRANO RAMIREZ
C.C. No. 79.155.799

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **ADRIANA PICO CASTAÑEDA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 39.655.442, quien se desempeñó como **Profesional social**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **ADRIANA PICO CASTAÑEDA** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

ADRIANA PICO CASTAÑEDA
C.C. No. 39.655.442

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que mantuvo un vínculo comercial y contractual de carácter independiente con el(la) señor(a) **CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.073.160.795, quien se desempeñó como **Profesional sst**, para la ejecución de actividades relacionadas con el Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el 23 de junio de 2026.

Una vez revisados los pagos y obligaciones derivados de la relación contractual de prestación de servicios independientes, las partes manifiestan que, a la fecha de suscripción del presente documento, no existen saldos económicos pendientes entre ellas con ocasión de las actividades ejecutadas en el marco del referido contrato.

En consecuencia, el(la) señor(a) **CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ** declara recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, y manifiesta encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el Consorcio por los conceptos derivados de la ejecución de su contrato de prestación de servicios independientes.

Así mismo, el(la) contratista independiente manifiesta que las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) correspondientes al período de ejecución del contrato fueron atendidas conforme a su responsabilidad como trabajador(a) independiente.

El presente documento se expide como constancia del cierre económico y contractual de la relación entre las partes, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE



_____

CONSUELO RIAÑO HERNANDEZ
C.C. No. 1.073.160.795

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.006.796.608, se desempeñó como **Profesional de apoyo** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el día 23 de junio de 2026.

Para efectos administrativos y de seguridad social, se contó con un convenio entre el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** y **MAGNUS INGENIERÍA SAS**, con NIT 901.864.253-2, mediante el cual se estableció el mecanismo para la gestión y el pago de los aportes correspondientes al(a la) señor(a) **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA**.

Una vez revisados los pagos y obligaciones directamente a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, no existen saldos económicos pendientes a favor del(de la) señor(a) **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA** por conceptos directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio con ocasión de las actividades desarrolladas durante el período de vinculación.

En consecuencia, el(la) señor(a) **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le hayan sido directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio, y declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, respecto de los conceptos directamente a cargo de este.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA** en el marco del contrato, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

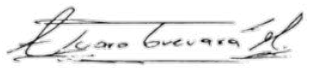
POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL PROFESIONAL



_____

ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA
C.C. No. 1.006.796.608

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.096.198.523, se desempeñó como **Profesional de apoyo** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 5 de mayo de 2025 hasta el día 23 de junio de 2026.

Para efectos administrativos y de seguridad social, se contó con un convenio entre el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** y **MAGNUS INGENIERÍA SAS**, con NIT 901.864.253-2, mediante el cual se estableció el mecanismo para la gestión y el pago de los aportes correspondientes al(a la) señor(a) **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ**.

Una vez revisados los pagos y obligaciones directamente a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, no existen saldos económicos pendientes a favor del(de la) señor(a) **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ** por conceptos directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio con ocasión de las actividades desarrolladas durante el período de vinculación.

En consecuencia, el(la) señor(a) **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le hayan sido directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio, y declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, respecto de los conceptos directamente a cargo de este.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ** en el marco del contrato, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL PROFESIONAL



YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ
C.C. No. 1.096.198.523

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 23 de junio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **EVELIO GARCIA CACERES**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79.376.875, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 29 de noviembre de 2025 hasta el día 23 de junio de 2026.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **EVELIO GARCIA CACERES** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **EVELIO GARCIA CACERES** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **EVELIO GARCIA CACERES** en el marco del contrato, hasta el 23 de junio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 23 días del mes de junio de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

EVELIO GARCIA CACERES
C.C. No. 79.376.875

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 21 de abril de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.003.005.907, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Ayudante** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 1 de octubre de 2025 hasta el día 21 de abril de 2026.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA** en el marco del contrato, hasta el 21 de abril de 2026.

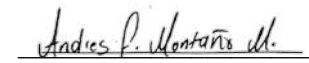
Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de abril de 2026.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



ANDRES FELIPE MONTAÑO MESTRA
C.C. No. 1.003.005.907

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.062.354.054, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 1 de julio de 2025 hasta el día 29 de noviembre de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ** en el marco del contrato, hasta el 29 de noviembre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de noviembre de 2025.

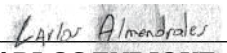
POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

CARLOS ENRIQUE ALMENDRALES SANCHEZ
C.C. No. 1.062.354.054

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 4 de julio de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **AMADO MIRANDA DIAZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 15.619.467, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Ayudante** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 10 de septiembre de 2025 hasta el día 4 de julio de 2026.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **AMADO MIRANDA DIAZ** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **AMADO MIRANDA DIAZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **AMADO MIRANDA DIAZ** en el marco del contrato, hasta el 4 de julio de 2026.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de julio de 2026.

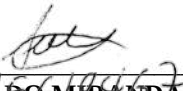
POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

AMADO MIRANDA DIAZ
C.C. No. 15.619.467

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 78.759.813, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 2 de septiembre de 2025 hasta el día 29 de noviembre de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ** en el marco del contrato, hasta el 29 de noviembre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de noviembre de 2025.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

CARLOS ALBERTO MONTERROZA GONZALEZ
C.C. No. 78.759.813

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 4 de noviembre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.326.316, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 14 de octubre de 2025 hasta el día 4 de noviembre de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA** en el marco del contrato, hasta el 4 de noviembre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de noviembre de 2025.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



JESUS ARAFATH ABDALA VILLAFAÑA
C.C. No. 1.121.326.316

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 30 de agosto de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.094.246.397, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 3 de julio de 2025 hasta el día 30 de agosto de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA** en el marco del contrato, hasta el 30 de agosto de 2025.

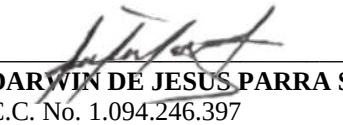
Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de agosto de 2025.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



DARWIN DE JESUS PARRA SIERRA
C.C. No. 1.094.246.397

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 4 de octubre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.119.391.648, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Ayudante** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 20 de agosto de 2025 hasta el día 4 de octubre de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT** en el marco del contrato, hasta el 4 de octubre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de octubre de 2025.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



JOSE JUNIOR DUARTE CRISMAT
C.C. No. 1.119.391.648

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 30 de julio de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.000.993.111, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 16 de junio de 2025 hasta el día 30 de julio de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS** en el marco del contrato, hasta el 30 de julio de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de julio de 2025.

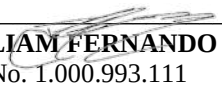
POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

WILLIAM FERNANDO HURTADO CAMPOS
C.C. No. 1.000.993.111

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 22 de agosto de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.047.477.076, vinculado(a) de manera directa por el Consorcio, se desempeñó como **Ayudante** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 20 de junio de 2025 hasta el día 22 de agosto de 2025.

Una vez revisados y verificados los pagos y obligaciones laborales a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el(la) señor(a) **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ** en el pago de salarios, descansos remunerados, horas extras, recargos nocturnos, cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y, en general, todo lo relacionado con los conceptos laborales correspondientes al período laborado con el Consorcio.

En consecuencia, el(la) señor(a) **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le fueron reconocidos y/o pagados por el Consorcio, declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** por todo concepto de carácter laboral, y renuncia irrevocablemente a iniciar o tramitar cualquier acción o reclamación judicial derivada de la relación contractual que tuvo con el Consorcio.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ** en el marco del contrato, hasta el 22 de agosto de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 22 días del mes de agosto de 2025.

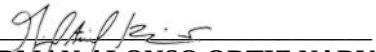
POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL TRABAJADOR



_____

GERMAN ALONSO ORTIZ NARVAEZ
C.C. No. 1.047.477.076

Bogotá 28 de agosto de 2026
Señores
JVM INGENIERÍA SAS BIC
Atn. Carlos Vergara
Negrete Representante
Legal
Nit: 901489956-3
jvmpuentearanda@gmail.com
Calle 52ª No. 14 – 17 Montería – Córdoba

Ref.: CONTRATO DE OBRA No 847 DE 2024 cuyo Objeto es: "REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL SALÓN COMUNAL DEL BARRIO CORKIDI EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA DE BOGOTÁ D.C."

Asunto: Aclaración paz y salvo de personal

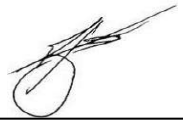
Por medio del presente comunicado, nos permitimos dejar constancia de que todo el personal que se retiró del proyecto ha culminado su vínculo con el Consorcio salón comunal 013**,** encontrándose a paz y salvo por todo concepto derivado de la relación laboral y/o contractual correspondiente.

De igual manera, se deja constancia de que el Consorcio se encuentra a paz y salvo con el personal retirado, una vez efectuados los pagos y reconocimientos que correspondían de acuerdo con las obligaciones derivadas de cada vínculo.

En consecuencia, manifestamos que, respecto del personal que ha finalizado su participación en el proyecto, no existen obligaciones económicas pendientes entre las partes**,** salvo aquellas que, por disposición legal o circunstancia debidamente acreditada, deban ser reconocidas con posterioridad.

La presente comunicación se expide para conocimiento de la Interventoría y para los fines pertinentes dentro del seguimiento y control del proyecto.

Atentamente,



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
R.L CONSORCIO SALÓN
COMUNAL 013 NIT: 901.901.941-0

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.024.491.542, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 11 de junio de 2025 hasta el día 11 de octubre de 2025.

Para efectos administrativos y de seguridad social, se contó con un convenio entre el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** y **ECAP INGENIERÍA**, con NIT [NIT POR CONFIRMAR], mediante el cual se estableció el mecanismo para la gestión y el pago de los aportes correspondientes al(a la) señor(a) **ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO**.

Una vez revisados los pagos y obligaciones directamente a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, no existen saldos económicos pendientes a favor del(de la) señor(a) **ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO** por conceptos directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio con ocasión de las actividades desarrolladas durante el período de vinculación.

En consecuencia, el(la) señor(a) **ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le hayan sido directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio, y declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, respecto de los conceptos directamente a cargo de este.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO** en el marco del contrato, hasta el 11 de octubre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 11 días del mes de octubre de 2025.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL PROFESIONAL

ARIZA JORGE

_____

ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO
C.C. No. 1.024.491.542

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 11 de octubre de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **PERALES ARIAS ALEX**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.073.670.370, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 11 de junio de 2025 hasta el día 11 de octubre de 2025.

Para efectos administrativos y de seguridad social, se contó con un convenio entre el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** y **ECAP INGENIERÍA**, con NIT [NIT POR CONFIRMAR], mediante el cual se estableció el mecanismo para la gestión y el pago de los aportes correspondientes al(a la) señor(a) **PERALES ARIAS ALEX**.

Una vez revisados los pagos y obligaciones directamente a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, no existen saldos económicos pendientes a favor del(de la) señor(a) **PERALES ARIAS ALEX** por conceptos directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio con ocasión de las actividades desarrolladas durante el período de vinculación.

En consecuencia, el(la) señor(a) **PERALES ARIAS ALEX** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le hayan sido directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio, y declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, respecto de los conceptos directamente a cargo de este.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **PERALES ARIAS ALEX** en el marco del contrato, hasta el 11 de octubre de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 11 días del mes de octubre de 2025.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL PROFESIONAL



PERALES ARIAS ALEX
C.C. No. 1.073.670.370

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 31 de julio de 2025

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, hace constar que el(la) señor(a) **LEAL ELIECER**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 11.304.172, se desempeñó como **Oficial** en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, desde el 1 de julio de 2025 hasta el día 31 de julio de 2025.

Para efectos administrativos y de seguridad social, se contó con un convenio entre el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013** y **PARDO GONZÁLEZ INGENIERÍAS Y CONSTRUCCIONES SAS**, con NIT [NIT POR CONFIRMAR], mediante el cual se estableció el mecanismo para la gestión y el pago de los aportes correspondientes al(a la) señor(a) **LEAL ELIECER**.

Una vez revisados los pagos y obligaciones directamente a cargo del **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, se deja constancia de que, a la fecha de retiro indicada, no existen saldos económicos pendientes a favor del(de la) señor(a) **LEAL ELIECER** por conceptos directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio con ocasión de las actividades desarrolladas durante el período de vinculación.

En consecuencia, el(la) señor(a) **LEAL ELIECER** manifiesta recibir a satisfacción los valores que le hayan sido directamente reconocidos y/o pagados por el Consorcio, y declara encontrarse a **PAZ Y SALVO** con el **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, respecto de los conceptos directamente a cargo de este.

La presente certificación se expide como constancia del cierre de las actividades desarrolladas por el(la) señor(a) **LEAL ELIECER** en el marco del contrato, hasta el 31 de julio de 2025.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 31 días del mes de julio de 2025.

POR EL CONSORCIO



RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

EL PROFESIONAL



LEAL ELIECER
C.C. No. 11.304.172

CERTIFICACIÓN DE PERSONAL TERCERIZADO POR CONVENIO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 24 de septiembre de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, hace constar que las personas relacionadas a continuación prestaron sus servicios de manera tercerizada, en virtud del convenio suscrito entre el Consorcio y **MAGNUS INGENIERÍA SAS**, con NIT 901.864.253-2, mediante el cual dicha empresa se encargó de la gestión y el pago de los aportes y demás obligaciones administrativas y de seguridad social correspondientes al personal relacionado:

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FECHA INICIO	FECHA FIN
ALVARO SMITH GUEVARA MAHECHA	1.006.796.608	Profesional de apoyo	5 de mayo de 2025	23 de junio de 2026
YIMER ANDREY BELTRÁN RODRIGUEZ	1.096.198.523	Profesional de apoyo	5 de mayo de 2025	23 de junio de 2026

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de septiembre de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

CERTIFICACIÓN DE PERSONAL TERCERIZADO POR CONVENIO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 24 de septiembre de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, hace constar que las personas relacionadas a continuación prestaron sus servicios de manera tercerizada, en virtud del convenio suscrito entre el Consorcio y **ECAP INGENIERÍA**, con NIT [NIT POR CONFIRMAR], mediante el cual dicha empresa se encargó de la gestión y el pago de los aportes y demás obligaciones administrativas y de seguridad social correspondientes al personal relacionado:

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FECHA INICIO	FECHA FIN
ARIZA ARIZA JORGE ORLANDO	1.024.491.542	Oficial	11 de junio de 2025	11 de octubre de 2025
PERALES ARIAS ALEX	1.073.670.370	Oficial	11 de junio de 2025	11 de octubre de 2025

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de septiembre de 2026.

POR EL CONSORCIO



_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

CERTIFICACIÓN DE PERSONAL TERCERIZADO POR CONVENIO

CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013

NIT. 901.901.941-0

Bogotá D.C., 24 de septiembre de 2026

El **CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013**, identificado con NIT 901.901.941-0, en el marco de la ejecución del Contrato No. 847-2024, hace constar que las personas relacionadas a continuación prestaron sus servicios de manera tercerizada, en virtud del convenio suscrito entre el Consorcio y **PARDO GONZÁLEZ INGENIERÍAS Y CONSTRUCCIONES SAS**, con NIT [NIT POR CONFIRMAR], mediante el cual dicha empresa se encargó de la gestión y el pago de los aportes y demás obligaciones administrativas y de seguridad social correspondientes al personal relacionado:

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FECHA INICIO	FECHA FIN
LEAL ELIECER	11.304.172	Oficial	1 de julio de 2025	31 de julio de 2025

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de septiembre de 2026.

POR EL CONSORCIO

_____

RICARDO ALBERTO BECERRA GUTIERREZ
Representante Legal
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013
NIT. 901.901.941-0

ANEXO SST 17.
INDICADORES

INFORME CONSOLIDADO DE INDICADORES SST

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) — Vigencia 2025

EMPRESA	NIT	AÑO	RESPONSABLE
CONSORCIO SALÓN COMUNAL 013	901.901.941-0	2025	Consuelo Riaño

1. Resultado General

Durante el periodo evaluado en 2025, el Consorcio Salón Comunal 013 (NIT 901.901.941-0) alcanzó un cumplimiento integral del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. En materia de accidentalidad laboral (AT), los tres indicadores de seguimiento — severidad, frecuencia y proporción de accidentes mortales — se mantuvieron en 0%, lo que confirma que no se presentó ningún accidente de trabajo durante el periodo evaluado.

De igual manera, la totalidad de los indicadores restantes del sistema — enfermedad laboral, ausentismo, y los indicadores de Estructura, Proceso y Resultado (E-P-R) — cumplieron satisfactoriamente frente a la meta establecida, obteniendo la calificación CUMPLE en cada uno de ellos. En conjunto, la empresa cerró el periodo 2025 con un cumplimiento del 100% en los 9 indicadores evaluados, reflejando una gestión sólida, consistente y efectiva del SG-SST.

0	100%	9 / 9
Accidentes de trabajo registrados	Cumplimiento global de indicadores SST	Indicadores en estado CUMPLE

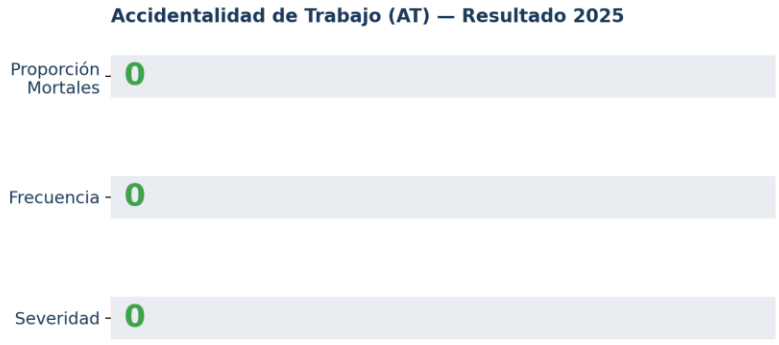
2. Panorama Gráfico de Cumplimiento

El siguiente gráfico resume el nivel de cumplimiento consolidado de la empresa frente a la totalidad de los indicadores del SG-SST evaluados durante 2025:



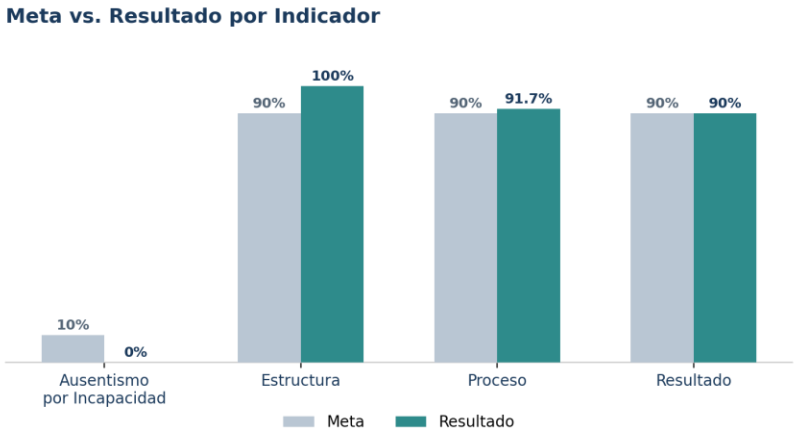
Cumplimiento global de indicadores SST — Consorcio Salón Comunal 013 (2025)

En cuanto a la accidentalidad de trabajo, los tres indicadores de seguimiento mensual se ubicaron en 0 durante todo el periodo, sin registrar novedades:



Indicadores de Accidente de Trabajo (AT) — Resultado 2025

Al comparar cada meta institucional contra el resultado obtenido, se evidencia que todos los indicadores porcentuales igualaron o superaron la meta fijada, con especial destaque en Estructura (100%) y Ausentismo (0%, muy por debajo del límite máximo permitido de 10%):



Comparativo Meta vs. Resultado por indicador — 2025

3. Matriz de Indicadores SST

A continuación se presenta el detalle completo de los nueve (9) indicadores del SG-SST evaluados en 2025, con su fórmula de cálculo, meta institucional, resultado obtenido, frecuencia de medición y estado de cumplimiento:

Tipo	Indicador	Fórmula	Meta	Resultado	Frecuencia	Estado
Accidente de Trabajo (AT)	**Severidad de Accidentalidad**	Días perdidos + días cargados por AT en el mes / N.º trabajadores en el mes × 100	0	**0**	Mensual	**CUMPLE**
Accidente de Trabajo (AT)	**Frecuencia de Accidentalidad**	N.º de AT en el periodo / N.º trabajadores en el periodo × 100	0	**0**	Mensual	**CUMPLE**
Accidente de Trabajo (AT)	**Proporción de AT Mortales**	N.º de AT mortales / Total de AT en el periodo × 100	0	**0**	Mensual	**CUMPLE**
Enfermedad Laboral (EL)	**Prevalencia de EL**	Casos nuevos y antiguos de EL / Promedio de trabajadores × 100.000	0	**0**	Anual	**CUMPLE**
Enfermedad Laboral (EL)	**Incidencia de EL**	Casos nuevos de EL / Promedio de trabajadores × 100.000	0	**0**	Anual	**CUMPLE**
Ausentismo	**Ausentismo por Incapacidades**	Días de ausencia por incapacidad / Días de trabajo programados × 100	10%	**0%**	Mensual	**CUMPLE**
Estructura – Proceso – Resultado	**Indicadores de Estructura**	Ítems cumplidos de estructura / Ítems a evaluar de estructura × 100	90%	**100%**	Anual	**CUMPLE**
Estructura – Proceso – Resultado	**Indicadores de Proceso**	Ítems cumplidos de proceso / Ítems a evaluar de proceso × 100	90%	**91,7%**	Anual	**CUMPLE**
Estructura – Proceso – Resultado	**Indicadores de Resultado**	Ítems cumplidos de resultado / Ítems a evaluar de resultado × 100	90%	**90%**	Anual	**CUMPLE**

4. Análisis por Componente

Accidentalidad de Trabajo (AT):

Los tres indicadores de AT (severidad, frecuencia y proporción de mortales) se mantuvieron en 0 durante todo el periodo, confirmando la ausencia total de accidentes de trabajo en 2025. Este resultado refleja la efectividad de los controles operativos, la identificación de peligros y la cultura de autocuidado promovida en la empresa.

Enfermedad Laboral (EL):

Los indicadores de prevalencia e incidencia de enfermedad laboral se ubicaron en 0, sin reportarse casos nuevos ni antiguos calificados como de origen laboral durante el periodo evaluado.

Ausentismo:

El indicador de ausentismo por incapacidades (laborales y comunes) cerró en 0%, muy por debajo de la meta máxima admitida del 10%, evidenciando un bajo nivel de ausentismo y una fuerza laboral estable durante el año.

Estructura – Proceso – Resultado (E-P-R):

Los tres componentes de gestión del sistema superaron la meta del 90%: Estructura alcanzó el 100%, Proceso el 91,7% y Resultado el 90%, lo que demuestra que tanto el diseño documental del sistema como su implementación y los resultados obtenidos están alineados con los requisitos normativos vigentes (Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019).

5. Conclusiones

- **Cero accidentalidad: el Consorcio Salón Comunal 013 no registró ningún accidente de trabajo durante 2025 (severidad, frecuencia y proporción de mortales en 0).**
- **Cumplimiento del 100%: los nueve (9) indicadores evaluados del SG-SST — accidentalidad, enfermedad laboral, ausentismo y estructura-proceso-resultado — obtuvieron la calificación CUMPLE frente a la meta definida.**
- Gestión efectiva y sostenida: los resultados evidencian que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa opera de forma consistente, preventiva y alineada con la normatividad vigente.
- Este documento consolida la información registrada en la matriz de indicadores del archivo INDICADORES_SST.xlsx, para ser anexado al informe consolidado del SG-SST.

✓ **El Consorcio Salón Comunal 013 (NIT 901.901.941-0) cumplió con la totalidad de los indicadores del SG-SST durante 2025 y no se presentó ningún accidente de trabajo en el periodo evaluado.**