CONSORCIO MITIPARK

CONTRATO DE OBRA 1357-2025

"REALIZAR EL DIAGNOSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL ".

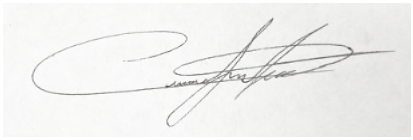
INFORME MENSUAL SST No. 7

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2026

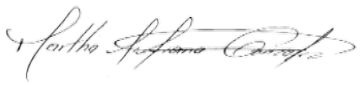
VERSIÓN 2

AGOSTO 2026

CONTRATISTA

Elaboro: Ing. Jaiver Esteban Álvarez Residente SST MA  Firma:	Aprobó: Ing. Jorge Báez Director de obra  Firma:

INTERVENTORIA

Revisó: Ing. Martha González Residente SST  Firma:	Reviso: Ing. Alejandro Murcia Director de interventoría  Firma:

CONTROL DE VERSIONES

VERSIÓN No.	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FOLIOS
1	10 de septiembre de 2026	Versión inicial	**36**
2	22 de septiembre de 2026	Versión dos	**37**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCcIÓN 5

2. OBJETIVOS 6

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 7

3.1 Datos del contrato 9

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 11

5. ORGANIGRAMA 12

6. ACTIVIDADES TECNICAS Y MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN 13

7. PERSONAL ACTIVO EN OBRA 16

8. ACTIVIDADES SST DESARROLLADAS 18

8.2 Trabajos de alto riesgo 21

Demoliciones en vía 22

Instalación de asfalto 22

Armado de muro de contención 23

Excavaciones 23

Fundición de concreto 24

Trabajo con maquinaria pesada (retroexcavadora, minicargador y compactador tipo rodillo) 24

8.3 Manejo de aguas residuales, orden y aseo 25

8.4 Delimitación de la obra y señalización 25

8.5 Dotación y elementos de protección personal – EPP 26

8.6 Hidratación en obra 26

8.7 Inspecciones 27

8.8 Pago de nomina 27

8.9 Afiliaciones y pago de seguridad social 28

8.10 Exámenes médicos ocupacionales 28

8.11 Entrega de EPP'S 28

8.12 Caracterización de accidentalidad y ausentismo 29

8.13 Relación de ingreso y retiro del personal 29

8.14 Reunión de Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo _____ 30

9 RELACIÓN DE COMUNICADOS EN EL PERIODO _____ 32

10 BITACORA DE OBRA _____ 34

11 MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y MEJORA_____ 34

12 CONCLUSIONES _____ 36

13 ANEXOS_____ 37

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Información Consorcio Mitipark..... 9
Tabla 2 Información Consorcio SIL-HID 2025 10
Tabla 3 Medidas de control y prevención en actividades técnicas 13
Tabla 4 Personal activo en obra 16
Tabla 5 Inducciones y charlas realizadas.....19
Tabla 6 Inducciones 19
Tabla 7 Charlas diarias 20
Tabla 8 Capacitaciones 20
Tabla 9 Pausas activas 20
Tabla 10: Entrega de EPP 26
Tabla 11 Relación de personal.....29
Tabla 12 Trazabilidad de correspondencia recibida 32
Tabla 13. Trazabilidad Correspondencia Enviada.....33

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Localización parque Guacamayas.....11
Ilustración 2 Localización Mirador Altamira Chiguaza 11
Ilustración 3 Organigrama de Consorcio Mitipark.....12

1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe Mensual SST No. 7 corresponde al seguimiento del Contrato de Obra No. 1357-2025, cuyo objeto es "REALIZAR EL DIAGNOSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACION EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL."

Este contrato se ejecuta bajo la supervisión de la SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT y responde a la necesidad de culminar intervenciones que fueron iniciadas en vigencias anteriores y que quedaron inconclusas, generando afectaciones en el entorno urbano y riesgos para la comunidad usuaria de estos espacios.

El informe tiene como finalidad presentar de manera organizada y verificable las actividades desarrolladas durante el periodo reportado, los avances alcanzados y las principales novedades técnicas, administrativas, operativas y de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) que inciden en la ejecución del contrato, de conformidad con lo establecido en el Apéndice Ambiental y SST y demás documentos contractuales.

En materia de SST, el informe incluye el seguimiento al cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la implementación de medidas de prevención y control de riesgos, el reporte de incidentes y accidentes, las actividades de capacitación y sensibilización al personal, así como la verificación del uso adecuado de elementos de protección personal y el cumplimiento de los procedimientos de trabajo seguro, en concordancia con la normatividad vigente. La ejecución del contrato se encuentra a cargo del CONSORCIO MITIPARK, quien asume la intervención sobre obras parcialmente ejecutadas, con el compromiso de realizar el diagnóstico de las condiciones existentes y adelantar las acciones necesarias para garantizar la culminación de las obras y la puesta en funcionamiento de los espacios intervenidos en condiciones adecuadas de seguridad y accesibilidad.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y presentar el informe mensual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) del Consorcio Mitipark, con el fin de describir, consolidar y hacer seguimiento a las acciones ejecutadas en el marco del componente SST durante el desarrollo del proyecto Parque Guacamayas, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente, la identificación de condiciones de riesgo y la implementación de medidas de prevención y control orientadas a la protección de la salud y seguridad de los trabajadores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar y describir las actividades ejecutadas en el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo durante el periodo reportado en el proyecto Parque Guacamayas.

- Verificar el cumplimiento de la normatividad legal vigente aplicable en materia de SST y de los lineamientos establecidos por el Consorcio Mitipark.

- Realizar seguimiento a las condiciones de riesgo presentes en el proyecto, promoviendo la implementación de medidas de prevención y control.

- Documentar las actividades de capacitación, inducción, promoción y prevención dirigidas al personal vinculado al proyecto.

- Registrar y analizar incidentes, actos y condiciones inseguras, con el fin de generar acciones de mejora continua.

- Evaluar el avance en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a la etapa actual del proyecto.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El contrato es ejecutado por el CONSORCIO MITIPARK y es supervisado por la Secretaría Distrital del Hábitat, de conformidad con las condiciones establecidas en los documentos contractuales, el anexo técnico y la normativa vigente aplicable a contratos de obra pública.

FASE 1 – DIAGNÓSTICO VISUAL

Esta fase corresponde a las siguientes actividades principales:

- Realización de un diagnóstico visual del estado actual de las obras ejecutadas, con identificación de afectaciones y elementos pendientes por terminar.
- Cuantificación de las afectaciones encontradas y elaboración de propuestas técnicas de intervención para su corrección.
- Reuniones de inicio con la comunidad y elaboración de actas de vecindad.
- Instalación de valla informativa y punto de atención a la comunidad.
- Elaboración del plan de trabajo que integra aspectos técnicos, ambientales y de seguridad y salud en el trabajo.
- Trámite de permisos requeridos para la ejecución, incluyendo planes de manejo de tránsito y gestión de residuos de construcción y demolición.
- Revisión e inspección de redes de servicios públicos mediante información secundaria, inspección en campo y, cuando aplica, técnicas no intrusivas.
- Reconocimiento, localización y replanteo de las actividades pendientes de ejecución.

De manera simultánea al diagnóstico, se proyecta el inicio de las obras que no presentan afectaciones y que se encuentran pendientes de culminación, priorizando aquellas relacionadas con accesos, andenes, rampas y redes de iluminación, con el fin de garantizar condiciones mínimas de seguridad y funcionalidad para la comunidad.

FASE 2 – DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE AFECTACIONES Y EJECUCIÓN DE OBRAS

Esta fase corresponde al desarrollo de diagnósticos técnicos de mayor complejidad sobre aquellas afectaciones que generen condiciones de riesgo, inseguridad e incluye:

- Realización de estudios y ensayos específicos, tales como: ensayos de laboratorio de materiales, estudios topográficos y geotécnicos, pruebas estructurales e inspección de redes.

- Elaboración de diseños y propuestas técnicas correctivas para las afectaciones identificadas.
- Definición de ítems derivados de estos diagnósticos, los cuales se incorporan al contrato como actividades no previstas, previa aprobación de la interventoría y la entidad.
- Ejecución de las obras correctivas asociadas a los riesgos identificados, garantizando el cumplimiento de la normativa técnica vigente.

CONSTRUCCIÓN Y CULMINACIÓN DE LAS OBRAS

Durante el desarrollo de ambas fases, se ejecutan las actividades de obra civil y urbanismo requeridas para finalizar el proyecto, incluyendo:

- Intervenciones arquitectónicas y urbanísticas.
- Instalación de mobiliario urbano y elementos de espacio público.
- Implementación de medidas de manejo ambiental.
- Aplicación de los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo.

El contrato tiene un plazo de ejecución de siete (7) meses contados a partir de la firma del acta de inicio, durante los cuales se desarrollan de manera progresiva las fases descritas, iniciando con el diagnóstico y actividades preliminares y avanzando hacia la ejecución física de las obras hasta su culminación y recibo a satisfacción.

3.1 Datos del contrato

Tabla 1 Información Consorcio Mitipark

NÚMERO DE CONTRATO	**CTO-1357-2025**
OBJETO	Realizar el diagnóstico y las acciones necesarias para concluir las obras del parque Guacamayas y el mirador Altamira Chiguaza con el fin de mitigar los riesgos identificados, en el marco del proyecto integral de revitalización en la localidad de San Cristóbal.
FECHA SUSCRIPCIÓN	31/12/2025
FECHA INICIO DE OBRA	05 de febrero de 2026
FECHA DE TERMINACIÓN	04 de septiembre de 2026
PLAZO DE EJECUCIÓN	7 MESES
VALOR DEL CONTRATO	$4.048.615.252,00
EMPRESA CONTRATISTA	CONSORCIO MITIPARK
NIT	902.021.190-3
DIRECCIÓN	Crr 20 Nro. 22c - 01
TELÉFONO	311 229 2862
REPRESENTANTE LEGAL	Yolanda Patricia Varón Hernández
DIRECTOR	Jorge Eliecer Báez Galindo
RESIDENTE DE OBRA	Luis Carlos Martínez Sandoval
RESIDENTE AMBIENTAL	Jaiver Esteban Álvarez Soto
PROFESIONAL FORESTAL	Sonia Rocio Mayorga Mojica
RESIDENTE SOCIAL	Sharik Alfonso Arévalo

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 2 Información Consorcio SIL-HID 2025

NÚMERO DE CONTRATO	**CTO-1354-2025**
OBJETO	Realizar la interventoría técnica, administrativa, jurídica, financiera, social y ambiental al contrato cuyo objeto es realizar el diagnóstico y las acciones necesarias para concluir las obras del parque Guacamayas y el mirador Altamira Chiguaza con el fin de mitigar los riesgos identificados, en el marco del proyecto integral de revitalización en la localidad de San Cristóbal.
FIRMA INTERVENTORA	CONSORCIO SIL-HID 2025
NIT	902.021.280-8
REPRESENTANTE LEGAL	Luis Alejandro Murcia Salamanca
DIRECTOR	Luis Alejandro Murcia Salamanca
RESIDENTE DE OBRA	Cristian David Murcia Leon
RESIDENTE SST INTERVENTORÍA	Martha Liliana González
RESIDENTE AMBIENTAL INTERVENTORÍA	Isabel Chaves Saavedra
RESIDENTE FORESTAL	Isabel Chaves Saavedra
RESIDENTE SOCIAL INTERVENTORÍA	Diana Marcela Carranza

Fuente: Consorcio SIL-HID 2025

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

- PARQUE GUACAMAYAS

Se ubica entre la Dg 36H Sur Dg 36G Sur y entre Cll 37B Sur Cr 2D Bis, cerca al CAI guacamayas.

Ilustración 1 Localización parque Guacamayas



Fuente: Anexo técnico

- MIRADOR ALTA MIRA CHIGUAZA

Se ubica en la Cr 13A Bis Este, entre la Cll 46B Sur y la quebrada Zuque.

Ilustración 2 Localización Mirador Altamira Chiguaza



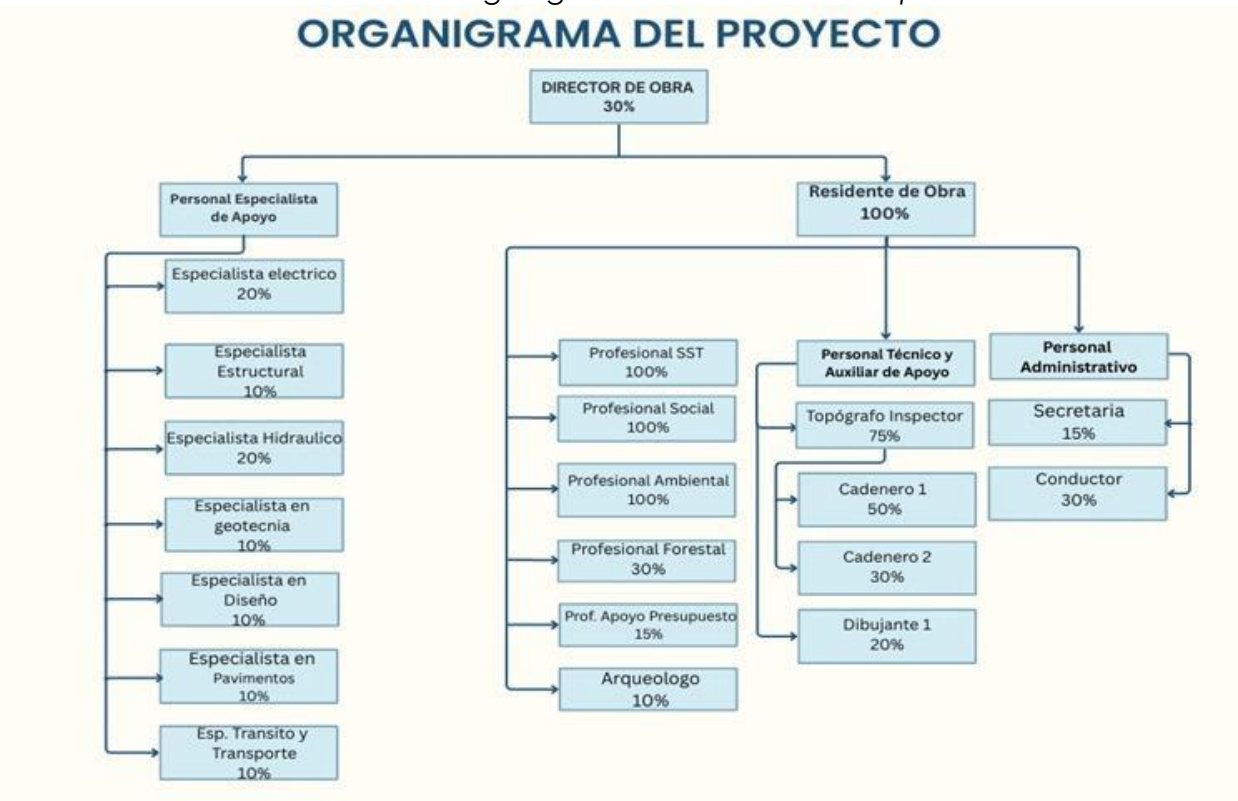
Fuente: Anexo técnico

5. ORGANIGRAMA

El organigrama es una herramienta fundamental que permite visualizar de manera clara y estructurada la organización interna de la empresa, evidenciando los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y las relaciones de coordinación entre las diferentes áreas y cargos. A través de este, se facilita la comprensión de la distribución de funciones y responsabilidades, promoviendo una comunicación efectiva y un adecuado desarrollo de las actividades.

En este sentido, el presente organigrama refleja la estructura organizacional de la empresa, establecida conforme a sus necesidades operativas y administrativas, con el propósito de garantizar una gestión eficiente, el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

Ilustración 3 Organigrama de Consorcio Mitipark



Fuente: Consorcio Mitipark

6. ACTIVIDADES TECNICAS Y MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Para el desarrollo seguro de las actividades, se hace indispensable la identificación de peligros, evaluación y control de los riesgos asociados a cada etapa constructiva, así como la implementación de medidas preventivas y correctivas en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Estas acciones están orientadas a proteger la integridad física y la salud de los trabajadores, prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales, y garantizar condiciones de trabajo seguras. En el presente documento se establecen las estrategias, procedimientos y controles aplicables para la ejecución del proyecto, resaltando la importancia de una adecuada planificación, supervisión y cumplimiento normativo, con el fin de fortalecer una cultura de prevención y autocuidado. Las actividades desarrolladas durante este periodo han sido las siguientes:

Tabla 3 Medidas de control y prevención en actividades técnicas

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ENACTIVIDADES TECNICAS			
#	**ÁREA**	**ACTIVIDAD**	**MEDIDA DE CONTROL Y PREVENCIÓN.**
1	Administrativa	Entrega de hojas de vida del personal a vincular, las cuales fueron revisadas y aprobadas por la interventoría.	Se realiza inducción al personal, gestión de afiliaciones, entrega de recomendaciones médicas, toma de datos para el MEDEVAC y entrega de dotación al personal.
2	Administrativa	Seguimiento del SG-SST.	Se realiza verificación visual en ambientes de trabajo adecuados, charlas de 5min y pausas activas para prevenir fatiga visual.
3	Administrativa	Entrega de informes mensuales y semanales	Se realiza verificación visual en ambientes de trabajo adecuados, charlas de 5min y pausas activas para prevenir fatiga visual.
4	Operativa	Cerramiento e implementación de PMT	Señalizar el área de trabajo y controlar el tránsito vehicular y peatonal, garantizando la seguridad de

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ENACTIVIDADES TECNICAS			
#	**ÁREA**	**ACTIVIDAD**	**MEDIDA DE CONTROL Y PREVENCIÓN.**
			trabajadores. Es obligatorio el uso de EPP, así como la correcta instalación de vallas, conos y señalización preventiva. Adicionalmente, se debe contar con personal de apoyo (paleteros).
5	Operativa	Excavaciones	Se debe realizar la delimitación y señalización del área de trabajo, controlando el acceso de personal no autorizado y verificando las condiciones del terreno. Es obligatorio el uso de EPP, así como mantener distancia segura de maquinaria en operación. Adicionalmente, se deben controlar factores como polvo y ruido
6	Operativa	Demoliciones	Se debe delimitar y señalizar el área de trabajo, controlando el acceso y verificando previamente las condiciones estructurales. Es obligatorio el uso de EPP, así como mantener distancia segura de equipos y zonas de caída de material. Adicionalmente, se deben implementar controles de polvo, ruido y manejo adecuado de escombros, garantizando condiciones seguras.
7	Operativa	Instalación de asfalto	Se debe delimitar y señalizar el área de trabajo, controlando el acceso y verificando previamente las condiciones estructurales. Es obligatorio el uso de EPP, así como mantener distancia segura de equipos y zonas de caída de material. Adicionalmente, se deben implementar controles de polvo, ruido y manejo adecuado de material, garantizando condiciones seguras.
8	Operativa	Armado de placa	Se debe delimitar el área de trabajo, inspeccionar herramientas y materiales, utilizar los EPP requeridos, proteger las puntas de las varillas, mantener orden y

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ENACTIVIDADES TECNICAS			
#	**ÁREA**	**ACTIVIDAD**	**MEDIDA DE CONTROL Y PREVENCIÓN.**
			aseo y aplicar medidas de prevención de caídas cuando corresponda.
9	Operativa	Armado de muro	Verificar la estabilidad del área de trabajo, utilizar EPP completo, inspeccionar herramientas, proteger el acero de refuerzo expuesto, mantener el área señalizada y garantizar una adecuada manipulación de materiales.
10	Operativa	Encofrado de muro	Inspeccionar el estado de las formaletas y sus soportes, asegurar correctamente el encofrado, delimitar el área de trabajo, utilizar EPP y verificar la estabilidad de la estructura antes y durante la actividad.
11	Operativa	Fundida de placa	Verificar la estabilidad del encofrado antes del vaciado, inspeccionar la bomba y mangueras de concreto, utilizar EPP, mantener comunicación entre el personal y controlar el acceso al área de trabajo.
12	Operativa	Fundida de muro	Verificar la estabilidad del encofrado, controlar el vaciado del concreto para evitar sobrepresiones, utilizar EPP, mantener el área señalizada y realizar supervisión permanente durante toda la actividad.

Fuente: Consorcio Mitipark

7. PERSONAL ACTIVO EN OBRA

Tabla 4 Personal activo en obra

NOMBRE	CARGO	DOCUMENTO
JORGE ELIECER BAEZ GALINDO	DIRECTOR DE OBRA	74.366.032
PERSONAL CLAVE		
LUIS CARLOS MARTINEZ SANDOVAL	RESIDENTE DE OBRA	91.540.487
SHARIK ALFONSO AREVALO	PROFESIONAL SOCIAL	1.000.685.224
JAIVER ESTEBAN ALVAREZ SOTO	PROFESIONAL AMBIENTAL	1.018.475.894
ANGIE ALEJANDRA ROMERO VELANDIA	PROFESIONAL DE APOYO PARA PRESUPUESTOS Y PROGRAMACIÓN DE OBRA	1.193.111.164
OSCAR DARIO RAMIREZ CALDERON	ARQUEOLOGO	80.193.184
PERSONAL ESPECIALISTA DE APOYO		
GABRIEL ANGEL IDARRAGA SIERRA	ESPECIALISTA ELECTRICO	80.791.582
PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR DE APOYO		
JHON JAIRO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	TOPOGRAFO INSPECTOR	1.019.080.987
DANIEL ALEJANDRO BOADA GOMEZ	CADENERO 1	1.002.
PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR DE APOYO		
HENRRY ZUÑIGA AVIRAMA	CONDUCTOR	79.539.394
OPERATIVOS		
RAUL RIVERA RAMIREZ	BOALD	79.697.009

NOMBRE	CARGO	DOCUMENTO
LEOPOLDO JOSE PEREZ CAMPOS	AYUDANTE	6.135.628
JULIO ALEXANDER NEIRA LOPEZ	OFICIAL ELECTRICO	1.103.712.471
JOSE ALEXANDER PULIDO	BOALD	79.974.113
POMPILIO COLMENARES	MAESTRO	9.399.744
EFREN SUA OLIVOS	OFICIAL	4.255.665
RENZO IYARI ROMERO	MULTIOPERARIO	1.033.755.167
JOSE HUGO RODRIGUEZ	OFICIAL	80.402.601
SAMUEL AVILA	OFICIAL	3.946.815
DAVID JULIAN REIVA	BOALD	1.053.350.277
OSCAR IVAN QUEVEDO	MAESTRO	79.333.473
RICARDO ANDRES SALCEDO	AYUDANTE	1.031.137.253
JORAN PIEDRAHITA	MULTIOPERARIO	1.001.508.351
JOHAN ALEXANDER PULIDO PELAEZ	BOAL	1.073.251.484
RICARDO ANDRES SALCEDO	AYUDANTE	1.031.137.253
ORLANDO HIDALGO	AYUDANTE	1.023.863.155
MICHAEL DE JESUS GARCIA	AYUDANTE	1.143.463.350
CARLOS EPINAYU	AYUDANTE	1.006.616.285
JULIAN ALEJANDRO VERGARA	AYUDANTE	1.029.280.991

NOMBRE	CARGO	DOCUMENTO
JUAN SEBASTIAN SALCEDO	AYUDANTE	1.000.934.954
JAMER ALBERTO DE LA CRUZ RABALES	AYUDANTE	1.143.234.009
HELMER ESTIVEN GARCES CASTRO	AYUDANTE	1.111.815.776

Fuente: Consorcio Mitipark

8. ACTIVIDADES SST DESARROLLADAS

Durante el periodo de seguimiento a la Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), se llevaron a cabo diversas actividades orientadas a verificar el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y a fortalecer las condiciones de trabajo seguras en el proyecto. Entre las principales actividades desarrolladas se destacan:

- Inspecciones periódicas de seguridad en las diferentes áreas de trabajo, con el fin de identificar condiciones y actos inseguros, y establecer acciones correctivas y preventivas.

- Acompañamiento y supervisión permanente a las actividades operativas, garantizando la correcta aplicación de los procedimientos seguros de trabajo y el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP).

- Seguimiento a la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, asegurando la actualización de la matriz de riesgos conforme al avance de las actividades del proyecto.

- Socialización de normas de seguridad, charlas de seguridad (inducciones, reinducciones y pausas activas), orientadas a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

- Verificación del orden y aseo en los frentes de trabajo, contribuyendo a la prevención de riesgos locativos.

- Seguimiento al cumplimiento del plan de emergencias, incluyendo la disponibilidad de equipos, rutas de evacuación y señalización.

- Seguimiento al cumplimiento del Plan de Aplicación de Protocolo de Seguridad en Obra

- Elaboración de informes y registros del seguimiento SST, garantizando la trazabilidad y el cumplimiento de la normatividad vigente.

- Subsanación de hallazgos de la interventoría.

8.1 Capacitaciones, charlas e inducciones realizadas

En el marco de las actividades programadas y ejecutadas en campo, se han desarrollado procesos de capacitaciones, charlas de seguridad e inducciones orientadas a la divulgación y socialización de los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Estas acciones tienen como objetivo principal fortalecer la cultura de prevención, así como controlar y minimizar los riesgos asociados a las labores ejecutadas. A continuación, se nombran el total de inducciones, charlas, capacitaciones y los temas del mes de agosto:

Tabla 5 Inducciones y charlas realizadas

ACTIVIDADES	# DE ACTIVIDADES EJECUTADAS
INDUCCIONES	8
CHARLAS DIARIAS	15
CAPACITACIONES	1
PAUSAS ACTIVAS	8

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 6 Inducciones

	FECHA	CANTIDAD
INDUCCIONES	06 de agosto de 2026	1
	07 de agosto de 2026	1
	09 de agosto de 2026	1
	17 de agosto de 2026	1

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 7 Charlas diarias

COMPONENTE	TEMA	FECHA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Riesgo en excavaciones	03.08.2026
	Reporte de condiciones y actos inseguros	04.08.2026
	Importancia de informar riesgos oportunamente para prevenir accidentes	05.08.2026
	Prevención de golpes por caída de objetos	06.08.2026
	Uso de casco, orden en almacenamiento de materiales y herramientas	10.08.2026
	Trabajo seguro en excavaciones	11.08.2026
	Riesgo eléctrico	12.08.2026
	Manipulación de cargas	13.08.2026
	Uso y ahorro de energía	18.08.2026
	Manejo de las emociones	19.08.2026
	Socialización de los objetivos del SG-SST	20.08.2026
	Manejo de herramientas y equipos	24.08.2026
	Prevención y protección contra actividades generadoras de ruido	25.08.2026
	Importancia del uso de EPP's	26.08.2026
	Uso de EPP's de acuerdo a cada actividad de obra	27.08.2026

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 8 Capacitaciones

COMPONENTE	TEMA	FECHA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Rotulación de sustancias químicas.	29 de agosto de 2026

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 9 Pausas activas

	FECHA
PAUSAS ACTIVAS	01.08.2026
	08.08.2026
	14.08.2026
	15.08.2026
	21.08.2026
	22.08.2026
	28.08.2026

Fuente: Consorcio Mitipark

8.2 Trabajos de alto riesgo

Durante el mes de agosto, en el desarrollo de las actividades constructivas del proyecto, se ejecutaron diversas labores clasificadas como de alto riesgo, las cuales requirieron la implementación rigurosa de medidas de control, prevención y seguimiento en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Estas actividades incluyeron demoliciones en vía, demolición de espacio público, instalación de asfalto, armado de muro, armado de espacio público, fundición de concreto, excavación y operación de maquinaria pesada como retroexcavadora, minicargador y benitin, cada una con condiciones particulares que representan riesgos significativos para la integridad del personal y el entorno.

En este sentido, previo al inicio de cada actividad, se realizó la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, estableciendo controles operacionales acordes con la naturaleza de los trabajos. Se garantizó la socialización de procedimientos seguros mediante charlas diarias de SST, así como la verificación del cumplimiento en el uso de elementos de protección personal (EPP), certificaciones del personal y condiciones técnicas de maquinaria, equipos y herramientas.

De igual manera, se implementaron medidas como la delimitación y señalización de las áreas de trabajo, control de accesos, supervisión en campo y aplicación de permisos de trabajo para actividades críticas, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente. En cuanto a la interacción con maquinaria pesada, se reforzaron los controles relacionados con radios de acción, revisiones preoperacionales, minimizando la probabilidad de incidentes.

Así mismo, se adoptaron acciones orientadas a la protección del entorno y la comunidad, tales como el control de polvo, ruido, manejo adecuado de residuos y escombros, así como la socialización de actividades cuando fue requerido. Todo lo anterior permitió ejecutar las actividades de alto riesgo de manera controlada, reduciendo la probabilidad de accidentes laborales y garantizando condiciones seguras durante la operación.

En el desarrollo de las actividades constructivas, se establecen las siguientes acciones de mitigación del riesgo para garantizar condiciones seguras de trabajo, prevenir accidentes y dar cumplimiento a los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST):

Disposiciones generales

- Realizar charlas diarias de SST.
- Realizar capacitaciones mensuales de SST.
- Implementar permisos de trabajo para actividades de alto riesgo.
- Supervisión en campo.
- Mantener orden y aseo en las áreas de trabajo.
- Asegurar certificados y documentos de idoneidad para la ejecución de actividades de alto riesgo.
- Aplicar protocolos de atención de emergencias.

Demoliciones en vía

- Delimitación y señalización del área de trabajo mediante cerramientos, cintas y señalización preventiva.
- Evaluación previa de la estructura a demoler y definición del método seguro de trabajo.
- Uso obligatorio de EPP's
- Control de polvo mediante humectación del área.
- Manejo adecuado y disposición de escombros.
- Supervisión durante la ejecución de la actividad.

Instalación de asfalto

- Delimitar y señalizar adecuadamente el área de trabajo.
- Implementar cierre parcial o total de la vía según el PMT.
- Utilizar Elementos de Protección Personal.
- Realizar inspección preoperacional de maquinaria y equipos.
- Permitir únicamente personal autorizado en el área intervenida.
- Mantener distancia segura durante el descargue de mezcla asfáltica.
- Evitar el contacto directo con material caliente.
- Utilizar protección respiratoria ante exposición a vapores o humo.
- Mantener orden y limpieza permanente en el frente de obra.

- Controlar derrames de combustibles y aceites con kit antiderrames.
- Disponer adecuadamente los residuos generados.
- Realizar charlas de seguridad antes del inicio de actividades.
- Controlar el tránsito vehicular y peatonal.

Armado de muro de contención

- Realizar y firmar los permisos de trabajo pertinentes a la actividad.
- Realizar charlas diarias de 5min enfocada en los riesgos laborales presentes en la actividad.
- Inspección de herramientas y maquinaria.
- Delimitar y señalizar el área de armado de muro de contención.
- Utilizar Elementos de Protección Personal.
- Mantener orden y limpieza en el área de trabajo.
- Evitar contacto directo con el concreto para prevenir irritaciones o quemaduras químicas.
- Restringir el acceso de personal no autorizado al área de fundición.
- Controlar el tránsito de maquinaria y vehículos en la zona.
- Usar EPCC certificados e inspeccionados para las actividades de alturas.
- Verificar la idoneidad de los trabajadores para trabajo en alturas.

Excavaciones

- Elaborar y divulgar el Análisis de Trabajo Seguro (ATS) antes del inicio de la actividad.
- Obtener los permisos de trabajo requeridos.
- Realizar charla de seguridad diaria sobre los riesgos específicos de la excavación.
- Suspender las actividades cuando las condiciones climáticas representen riesgo (lluvias intensas o tormentas eléctricas).
- Delimitar y señalizar completamente el área de excavación.
- Instalar barreras físicas, cinta de seguridad y avisos preventivos.
- Implementar sistemas de protección contra derrumbes cuando la profundidad y el tipo de suelo lo requieran (entibado).
- Inspeccionar diariamente la estabilidad de taludes y entibaciones.
- Uso de Elementos de Protección Personal.

Fundición de concreto

- Delimitar y señalizar el área de fundición de concreto.
- Utilizar Elementos de Protección Personal.
- Mantener orden y limpieza en el área de trabajo.
- Evitar contacto directo con el concreto para prevenir irritaciones o quemaduras químicas.
- Garantizar una adecuada manipulación manual de cargas.
- Mantener posturas ergonómicas durante la actividad.
- Restringir el acceso de personal no autorizado al área de fundición.
- Controlar el tránsito de maquinaria y vehículos en la zona.
- Realizar charla de seguridad antes del inicio de labores.
- Disponer adecuadamente los residuos generados durante la actividad.

Trabajo con maquinaria pesada (retroexcavadora, minicargador y compactador tipo rodillo)

Medidas generales:

- Operación de equipos únicamente por personal certificado y autorizado.
- Inspección preoperacional diaria de la maquinaria.
- Delimitación y señalización del área de operación.
- Uso obligatorio de EPP por parte del operador y personal en campo.
- Prohibición de permanencia de personal en radios de acción de la maquinaria.

Medidas específicas:

Retroexcavadora

- Mantener distancia segura de excavaciones y bordes inestables.
- Evitar sobrecargas y movimientos bruscos.
- Verificar condiciones del terreno antes de operar.

Minicargador

- Operar en superficies estables y niveladas.
- Uso adecuado de accesorios y control de carga.
- No transportar personas en el equipo.

Benitin

- Verificar rutas de operación y pendientes.
- Mantener visibilidad adecuada y uso de alarmas de reversa.
- Evitar operación en zonas con presencia de personal cercano.

8.3 Manejo de aguas residuales, orden y aseo

Durante el desarrollo del proyecto se han implementado de manera permanente acciones orientadas al manejo adecuado de las aguas residuales, así como al mantenimiento del orden, la limpieza y el aseo en las áreas de baños y en las diferentes zonas de la obra en general. Estas actividades son esenciales para prevenir riesgos sanitarios, mitigar impactos ambientales y garantizar condiciones seguras y saludables de trabajo para el personal.

Con el fin de garantizar condiciones adecuadas de higiene, salubridad y bienestar para los trabajadores, se realizan jornadas periódicas de aseo y desinfección de los baños los días martes, jueves y sábado. Estas actividades incluyen la limpieza integral de sanitarios, lavamanos, pisos y áreas comunes, así como la correcta disposición de residuos, contribuyendo a la prevención de riesgos sanitarios, al cumplimiento de las condiciones locativas y al fortalecimiento de ambientes de trabajo seguros y saludables.

8.4 Delimitación de la obra y señalización

Con el objetivo de garantizar la seguridad del personal, prevenir incidentes, accidentes y mantener un control adecuado de las actividades en el proyecto, se implementan acciones de delimitación y señalización de áreas. Estas medidas permiten identificar zonas de trabajo, restringir el acceso a espacios peligrosos o críticos, y orientar al personal sobre los riesgos presentes en cada sector.

8.5 Dotación y elementos de protección personal – EPP

Como parte de las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, se realiza la entrega, dotación y reposición de los Elementos de Protección Personal (EPP) necesarios para la ejecución segura de las actividades del proyecto. Estas acciones están orientadas a garantizar que todo el personal cuente con los elementos adecuados para prevenir la exposición a los riesgos laborales, de acuerdo con la naturaleza de sus funciones y tareas asignadas. Durante el periodo del mes de agosto se realiza entrega y reposición de EPP.

Tabla 10: Entrega de EPP

ENTREGA DE EPP AGOSTO 2026	
	
	

Fuente: Consorcio Mitipark

8.6 Hidratación en obra

Durante la ejecución del proyecto se garantizaron condiciones adecuadas de hidratación para el personal en obra, con el fin de prevenir afectaciones a la salud derivadas de la exposición a altas temperaturas y del esfuerzo físico propio de las labores

realizadas. La disponibilidad permanente de agua potable en puntos estratégicos contribuyó al bienestar, la seguridad y el rendimiento de los trabajadores.

8.7 Inspecciones

Durante el mes de agosto se llevaron a cabo diversas inspecciones en el marco del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), con el objetivo de garantizar condiciones seguras en la ejecución de las actividades del proyecto.

Se realizaron inspecciones preoperacionales a la maquinaria utilizada en obra, incluyendo retroexcavadora, minicargador y benitin, verificando su estado mecánico, niveles de fluidos, sistemas de seguridad, funcionamiento de alarmas, frenos y condiciones generales antes de su puesta en operación. Estas inspecciones permitieron identificar oportunamente posibles fallas y asegurar la operación de los equipos.

Asimismo, se realizó la revisión de los equipos de emergencia, especialmente extintores, verificando su ubicación, señalización, vigencia de carga, accesibilidad y condiciones físicas, con el fin de garantizar su disponibilidad en caso de una eventualidad.

Finalmente, se desarrollaron inspecciones locativas en las áreas de trabajo, identificando condiciones inseguras relacionadas con orden y aseo, señalización, almacenamiento de materiales y posibles riesgos locativos, implementando las acciones correctivas necesarias para prevenir incidentes y accidentes laborales.

8.8 Pago de nomina

Durante el mes de agosto, se realizó el pago oportuno de la nómina al personal vinculado al proyecto, dando cumplimiento a las obligaciones laborales establecidas por la organización. Los pagos correspondientes se efectuaron en las fechas programadas, garantizando la remuneración de los trabajadores por las labores desarrolladas durante el periodo.

Este proceso se llevó a cabo conforme a la normatividad vigente, asegurando el reconocimiento de salarios, prestaciones sociales y demás conceptos asociados, lo cual contribuye al bienestar del personal y al mantenimiento de un adecuado clima laboral.

El cumplimiento en el pago de la nómina hace parte fundamental del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), en la medida en que promueve condiciones de

trabajo dignas, estabilidad laboral y motivación en los trabajadores, impactando positivamente en la seguridad, el compromiso y la productividad dentro del proyecto.

8.9 Afiliaciones y pago de seguridad social

El Consorcio Mitipark cumple de manera oportuna y permanente con las afiliaciones y el pago de la seguridad social de todo el personal vinculado al proyecto, garantizando su inscripción al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y aportes parafiscales, conforme a la normatividad legal vigente. Los pagos se realizan dentro de los plazos establecidos, asegurando la cobertura y protección integral de los trabajadores durante la ejecución de las actividades en obra.

8.10 Exámenes médicos ocupacionales

El Consorcio garantiza el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de exámenes médicos ocupacionales, realizando la evaluación médica de ingreso a todo el personal vinculado al proyecto, conforme a los lineamientos legales aplicables. Así mismo, se efectúa la debida transcripción, registro y seguimiento de las recomendaciones médicas emitidas por el personal de salud ocupacional, asegurando su incorporación en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el fin de prevenir riesgos, proteger la salud de los trabajadores y garantizar condiciones laborales seguras durante la ejecución de la obra. En periodo transcurrido del 1 de agosto al 31 de agosto de 2026 ingreso al proyecto 8 colaborador.

8.11 Entrega de EPP'S

Durante el mes de agosto, en el marco del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), se garantizó la entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) a todo el personal. A cada trabajador se le realiza la entrega de sus EPP correspondientes en el proceso de inducción, asegurando que cuenten desde el inicio de sus labores con los elementos necesarios para el desarrollo seguro de sus actividades. Adicionalmente, se lleva a cabo la reposición de los EPP de acuerdo con las necesidades identificadas, ya sea por desgaste, daño o cumplimiento de su vida útil, con el fin de mantener condiciones adecuadas de protección y prevenir riesgos laborales.

8.12 Caracterización de accidentalidad y ausentismo

Durante el periodo evaluado se realizó la caracterización de la accidentabilidad y el ausentismo del personal vinculado al proyecto, a partir del seguimiento permanente a los registros de incidentes, accidentes de trabajo y ausencias laborales. Como resultado de este análisis, se evidencia que no se presentaron accidentes de trabajo (0 accidentes) durante el periodo reportado, reflejando la efectividad de las medidas preventivas, los controles operativos y la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Así mismo, el control del ausentismo se efectuó conforme a los lineamientos legales vigentes, en cumplimiento de la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, permitiendo identificar oportunamente las causas de ausencia y establecer acciones de mejora orientadas a la protección de la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores. Durante el periodo comprendido en el presente informe correspondiente al mes de **agosto**, **no se presentaron accidentes de trabajo ni ausentismos.**

8.13 Relación de ingreso y retiro del personal

La gestión de ingreso y retiro de personal en obra es un proceso fundamental para garantizar el control, la trazabilidad y el cumplimiento de los requisitos legales y contractuales relacionados con el recurso humano vinculado al proyecto. Este procedimiento permite llevar un registro actualizado del personal que participa en la ejecución de la obra, asegurando que cada trabajador cumpla con los lineamientos de seguridad, formación, afiliación al sistema de seguridad social y demás obligaciones establecidas. Asimismo, facilita el seguimiento de la rotación del personal y el control de accesos en el frente de trabajo.

Tabla 11 Relación de personal

PERSONAL DE OBRA	CANTIDAD REALIZADA
INGRESOS	8
RETIROS	3

Fuente: Consorcio Mitipark

8.14 Reunión de Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

Durante el mes de agosto de 2026 se llevó a cabo la reunión del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, con el propósito de realizar seguimiento a las actividades desarrolladas en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST y verificar las condiciones de seguridad presentes en los diferentes frentes de trabajo del proyecto. Durante la jornada se efectuó la verificación de asistencia de los integrantes del comité y se revisó el cumplimiento de las actividades programadas para el periodo, relacionadas con la promoción y prevención de riesgos laborales, inducciones y reinducciones, capacitaciones, inspecciones de seguridad, pausas activas, entrega y seguimiento al uso de elementos de protección personal, diligenciamiento de formatos y permisos de trabajo, así como la implementación de controles asociados a las diferentes actividades ejecutadas en obra.

De igual manera, se realizó seguimiento a las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, verificando aspectos relacionados con el orden y aseo de las áreas, señalización y delimitación de los frentes de trabajo, condiciones de circulación, almacenamiento de materiales, estado de herramientas y equipos, utilización de elementos de protección personal y cumplimiento de los procedimientos establecidos para la ejecución segura de las actividades. Se hizo especial énfasis en la necesidad de mantener controles permanentes frente a los riesgos mecánicos, locativos, eléctricos, biomecánicos y aquellos asociados a las actividades propias de construcción, fortaleciendo la supervisión y el reporte oportuno de cualquier condición que pudiera representar un riesgo para los trabajadores.

Así mismo, el comité realizó la revisión de los registros correspondientes a incidentes, accidentes de trabajo, actos y condiciones inseguras presentados durante el periodo, sin evidenciar la ocurrencia de accidentes de trabajo durante el mes evaluado. Se resaltó la importancia de mantener una cultura preventiva y de autocuidado, promoviendo que todos los trabajadores reporten oportunamente cualquier situación que pueda generar un evento no deseado, con el fin de establecer acciones correctivas y preventivas de manera oportuna. También se verificó el cumplimiento de las medidas de control implementadas para minimizar la exposición a los peligros identificados, destacando la responsabilidad individual y colectiva en el cumplimiento de las normas y procedimientos de seguridad.

En relación con los Elementos de Protección Personal – EPP, se realizó seguimiento a su utilización durante el desarrollo de las actividades, recordando al personal la obligación de emplearlos de acuerdo con los riesgos asociados a cada labor y de verificar previamente sus condiciones de integridad y funcionamiento. Igualmente, se reforzó la importancia de cumplir los procedimientos de trabajo seguro, realizar las actividades de

acuerdo con las instrucciones impartidas y atender las recomendaciones emitidas por el personal responsable del SG-SST y los supervisores de obra.

Como resultado de la reunión, el COPASST recomendó continuar fortaleciendo las actividades de inspección, capacitación y sensibilización en Seguridad y Salud en el Trabajo, mantener las áreas de trabajo en condiciones adecuadas de orden y aseo, garantizar la correcta señalización y delimitación de las zonas de riesgo, promover el reporte oportuno de actos y condiciones inseguras y realizar seguimiento permanente a la eficacia de las medidas de prevención y control implementadas. Finalmente, se establecieron compromisos orientados a mantener el acompañamiento del COPASST a las actividades del SG-SST, fortalecer la participación de los trabajadores en las acciones de prevención y conservar actualizados los registros y soportes documentales que evidencien la gestión realizada durante el periodo, contribuyendo de esta manera al mejoramiento continuo de las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo y a la prevención de accidentes y enfermedades laborales dentro del proyecto.

8.15 Reunión de Comité de convivencia laboral

Durante el mes de agosto de 2026, el Consorcio Mitipark realizó seguimiento a las actividades relacionadas con la promoción de un ambiente laboral adecuado, el respeto entre los trabajadores y la prevención de situaciones que puedan afectar la convivencia en los diferentes frentes de trabajo del proyecto.

En el marco de las actividades desarrolladas, se promovieron espacios de comunicación respetuosa, manejo adecuado de las relaciones interpersonales y prevención de situaciones de conflicto, fortaleciendo la importancia del trato digno, el respeto y la colaboración entre los trabajadores y demás personal vinculado al proyecto.

Como parte de las acciones de prevención, durante el periodo se abordaron temas relacionados con el manejo de las emociones y la importancia de mantener comportamientos adecuados dentro del entorno laboral. Lo anterior se encuentra articulado con las actividades de sensibilización desarrolladas durante el mes, entre las cuales se incluyó la charla sobre “Manejo de las emociones”, realizada el 19 de agosto de 2026.

De igual manera, se realizó seguimiento a las condiciones generales del ambiente laboral, promoviendo canales de comunicación adecuados para que los trabajadores puedan manifestar oportunamente situaciones que puedan afectar la convivencia laboral. Durante el periodo se mantuvo la orientación al personal sobre la importancia

de informar cualquier situación que pueda generar conflictos, actos de maltrato, discriminación, acoso laboral o afectaciones a las relaciones interpersonales.

Durante el mes de agosto no se registraron, dentro de la información reportada para el periodo, situaciones o casos que requirieran la activación de un procedimiento formal de intervención por parte del Comité de Convivencia Laboral. En consecuencia, las actividades estuvieron orientadas principalmente a la prevención, sensibilización y fortalecimiento de las relaciones laborales.

Como acción de seguimiento, se continuará promoviendo el respeto, la comunicación asertiva, el manejo adecuado de las emociones y la resolución pacífica de situaciones que puedan presentarse en el entorno laboral, procurando mantener condiciones que favorezcan el bienestar y un adecuado clima laboral dentro del proyecto.

9 RELACIÓN DE COMUNICADOS EN EL PERIODO

A continuación, se relaciona la correspondencia recibida y emitida por parte del contratista de obra, la supervisión y esta interventoría.

Tabla 12 Trazabilidad de correspondencia recibida

No Oficio	REMITENTE	ASUNTO	FECHA DE RECIBO
CORREO	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación Favorable al informe 22, emitido por el Consorcio Mitipark bajo el comunicado CTO-1357-2025-MITIPARK-350.	4/8/2026
CORREO	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación Favorable al informe 23, emitido por el Consorcio Mitipark bajo el comunicado CTO-1357-2025-MITIPARK-352.	4/8/2026
CORREO	INTERVENTORÍA	Efectuada la revisión y verificación de la documentación, se evidenció que la información reportada cumple con los criterios de seguimiento y supervisión establecidos por la Interventoría, así como con los requisitos contractuales y normativos. En consecuencia, se emite concepto favorable a la entrega de documentación ingreso del señor Edgar Gutiérrez Tellez.	5/8/2026
CORREO	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación Favorable al informe 24, emitido por el Consorcio Mitipark bajo el comunicado CTO-1357-2025-MITIPARK-357.	10/8/2026
COINSCHI-ADM-386-2026	INTERVENTORÍA	Seguimiento a oficio CTO-1357-2025-MITIPARK-340 – Recomendaciones para fortalecimiento de medidas de seguridad y salud en el trabajo en alturas.	13/8/2026
CORREO	INTERVENTORÍA	Documentación de ingreso del personal, correspondiente a los trabajadores MICHAEL JESÚS GARCÍA, identificado con C.C. No. 1.143.463.350, y CARLOS ALBERTO EPINAYU URIANA, cuya documentación fue revisada y cumple con los	14/8/2026

		parámetros y requisitos establecidos en materia de seguridad social, por lo cual se encuentra aprobada por la Interventoría. Así mismo, mediante el comunicado se solicita al Contratista remitir la documentación completa y vigente del señor ORLANDO HIDALGO RIAÑO, con el fin de realizar la respectiva revisión y aprobación por parte de la Interventoría.	
COINSCHI-ADM-404-2026	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación de documentos de ingreso de personal operativo — Trabajador Orlando Hidalgo Riaño.	24/8/2026
COINSCHI-ADM-405-2026	INTERVENTORÍA	Requerimiento — Presentación de contrato de trabajo firmado. Residente Ambiental Jaiver Esteban Álvarez. Documentación de vinculación.	24/8/2026
COINSCHI-ADM-406-2026	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación de documentos de ingreso de personal operativo — Trabajadores Andrés Eduardo Chiquillo Blanco y Juan Sebastián Salcedo García	24/8/2026
COINSCHI-ADM-407-2026	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación — Informe Semanal SST No. 23	24/8/2026
COINSCHI-ADM-408-2026	INTERVENTORÍA	Concepto de aprobación — Informe Semanal SST No. 22	24/8/2026
COINSCHI-ADM-422-2026	INTERVENTORÍA	Aprobación Informe Semanal SST No. 24	25/8/2026
COINSCHI-ADM-426-2026	INTERVENTORÍA	Concepto de No Conformidad – Informe Mensual SST No. 6 (CTO-1357-2025-MITIPARK-380)	26/8/2026

Fuente: Consorcio Mitipark

Tabla 13. Trazabilidad Correspondencia Enviada.

No Oficio		DESTINATARIO	ASUNTO	FECHA DE ENVIO
CTO-1357-2025-MITIPARK	361	INTERVENTORÍA	ENTREGA DOCUMENTOS DE INGRESO – PERSONAL OPERATIVO	5/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	362	INTERVENTORÍA	ENTREGA DOCUMENTOS ACTUALIZADOS RESIDENTE AMBIENTAL JAIVER ESTEBAN ALVAREZ	5/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	377	INTERVENTORÍA	ENTREGA INFORME SEMANAL SST No. 25	20/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	378	INTERVENTORÍA	ENTREGA DOCUMENTOS PERSONAL OPERATIVO	21/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	380	INTERVENTORÍA	ENTREGA INFORME MENSUAL SST No. 6	22/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	403	INTERVENTORÍA	ENTREGA DOCUMENTOS DE INGRESO – AYUDANTE DE OBRA	31/8/2026
CTO-1357-2025-MITIPARK	404	INTERVENTORÍA	ENTREGA DOCUMENTOS DE INGRESO – AYUDANTES DE OBRA	31/8/2026

Fuente: Consorcio Mitipark

10 BITACORA DE OBRA

Durante el mes de agosto se diligenció de manera continua y oportuna la bitácora diaria de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), como parte del cumplimiento de los lineamientos establecidos en el sistema de gestión. Este registro permitió llevar un control de las actividades en obra y subsanar hallazgos de la interventoría.

En la bitácora SST se consignaron aspectos relevantes como la realización de charlas de seguridad, inspecciones de áreas y equipos, verificación del uso adecuado de elementos de protección personal, reporte de condiciones y actos inseguros, así como las acciones correctivas implementadas.

El diligenciamiento diario de este instrumento facilitó el seguimiento permanente a las condiciones de trabajo, promoviendo la identificación temprana de riesgos y fortaleciendo la cultura de prevención dentro del proyecto. Asimismo, permitió evidenciar el cumplimiento de las actividades en materia de SST y sirvió como soporte documental para la mejora continua del sistema.

11 MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y MEJORA

Como consecuencia de la auditoría externa realizada por la supervisión del contrato, se evidenciaron diferentes hallazgos y oportunidades de mejora relacionados con las condiciones de ejecución y control de las actividades desarrolladas en los frentes de obra. Entre las principales situaciones identificadas se encontraron aspectos asociados con la falta o deficiencia de señalización y demarcación de áreas, documentación pendiente o incompleta, condiciones de orden y aseo que requerían fortalecimiento, así como la organización y manejo de los acopios de materiales y elementos propios de la obra. Estas situaciones fueron analizadas con el propósito de determinar las causas y establecer medidas que permitieran prevenir su recurrencia y garantizar condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades.

En atención a lo anterior, el contratista implementó como plan de contingencia una Matriz de Seguimiento y Mejora, concebida como una herramienta de control para realizar el registro, seguimiento y verificación de todos los hallazgos, observaciones y oportunidades de mejora que sean identificados durante las inspecciones, auditorías, recorridos de obra y procesos de seguimiento interno y

externo. Para cada situación registrada se establecen las acciones correctivas y/o preventivas requeridas, responsables, fechas de cumplimiento y estado de avance, permitiendo efectuar un control permanente hasta alcanzar el cierre satisfactorio de cada hallazgo.

La implementación de esta matriz permite fortalecer el proceso de seguimiento a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, organización de los frentes de obra y cumplimiento de los requisitos documentales establecidos para el proyecto. De igual manera, facilita la priorización de las acciones de acuerdo con la naturaleza y criticidad de los hallazgos, promoviendo una respuesta oportuna por parte de los responsables y evitando que las situaciones identificadas permanezcan abiertas durante periodos prolongados. El seguimiento se realiza de manera periódica, verificando en campo y mediante la revisión documental la efectividad de las acciones implementadas y dejando los respectivos soportes de cumplimiento.

De esta manera, la Matriz de Seguimiento y Mejora se constituye en un mecanismo de mejora continua que permite al contratista fortalecer sus procesos de gestión, atender oportunamente las observaciones formuladas por la supervisión y mantener un adecuado control sobre las condiciones identificadas durante la ejecución contractual. Su aplicación contribuye a consolidar una cultura preventiva, mejorar las condiciones de trabajo, mantener los frentes de obra organizados y seguros, y garantizar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en materia de SST y de los demás componentes asociados a la ejecución del contrato.

12 CONCLUSIONES

Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de agosto de 2026, el Consorcio Mitipark dio continuidad a la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en el marco del Contrato de Obra No. 1357-2025, orientando las acciones a la identificación, prevención y control de los riesgos asociados a las actividades desarrolladas en los frentes de obra.

Durante el mes se fortalecieron las actividades de promoción y prevención mediante la realización de 8 inducciones, 15 charlas diarias, 1 capacitación y 8 pausas activas, abordando temas relacionados con excavaciones, actos y condiciones inseguras, riesgo eléctrico, manipulación de cargas, herramientas y equipos, ruido y uso adecuado de EPP, entre otros. Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de la cultura de autocuidado y prevención entre los trabajadores.

En las actividades consideradas de mayor riesgo se mantuvieron controles relacionados con la delimitación y señalización de las áreas, control de accesos, supervisión en campo, permisos de trabajo, inspecciones preoperacionales y control de las zonas de operación de maquinaria pesada. Estas medidas permitieron mantener condiciones controladas para el desarrollo de las actividades constructivas.

Como resultado del seguimiento a la accidentalidad y ausentismo, durante agosto de 2026 no se presentaron accidentes de trabajo ni ausentismos, evidenciando un comportamiento favorable frente a la gestión preventiva implementada durante el periodo.

De igual manera, se garantizó la entrega y reposición de los Elementos de Protección Personal de acuerdo con las necesidades de los trabajadores y las actividades ejecutadas, así como el cumplimiento de las afiliaciones y pagos correspondientes al Sistema General de Seguridad Social. También se realizaron los respectivos exámenes médicos ocupacionales de ingreso y el seguimiento de las recomendaciones médicas cuando correspondió.

Finalmente, se mantuvo el seguimiento mediante la bitácora diaria SST, inspecciones, registros y reuniones del COPASST, permitiendo verificar las

condiciones de seguridad, identificar oportunidades de mejora y realizar el seguimiento a los hallazgos de la interventoría. Lo anterior permitió mantener la trazabilidad de las actividades desarrolladas y fortalecer el proceso de mejora continua del SG-SST durante la ejecución del proyecto.

13 ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de charlas y capacitaciones
Anexo 2. Cronograma de actividades
Anexo 3. Inducciones, charlas y capacitaciones
Anexo 4. Inspecciones
Anexo 5. Registro fotográfico
Anexo 6. Planilla de SS
Anexo 7. Documentos de ingreso de personal
Anexo 8. Entrega de EPP's
Anexo 9. Documentos de maquinaria
Anexo 10. Indicadores y estadísticas AT y EL
Anexo 11. Comprobante de pago de nomina
Anexo 12. Permisos de trabajo
Anexo 13. Bitácora Ambiental y SST
Anexo 14. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
Anexo 15. Comité de Convivencia Laboral
Anexo 16. Informes semanales
Anexo 17. Paz y salvo - retiro de trabajadores

ANEXO 1.

ETAPA				PRELIMINAR				DIAGNOSTICO				EJECUCIÓN																LIQUIDACIÓN			
TEMA	OBJETO POBLACIÓN	RESPONSABLE	ACCIÓN	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7			
				1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Induccion y reinducción a personal de nuevo ingreso	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residentes Ambiental, Social y SST	PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			EJECUTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ergonomia en areas administrativas	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residente SST	PROGRAMADO							1																					
			EJECUTADO							1																					
Identificación de peligros y control de riesgos	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2026	Residente SST	PROGRAMADO											1																	
			EJECUTADO											1																	
Condiciones de seguridad - riesgo mecanico	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residente SST	PROGRAMADO														1														
			EJECUTADO														1														
Trabajo seguro en alturas	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residente SST	PROGRAMADO																	1											
			EJECUTADO																	1											
Seguridad vial	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residente SST	PROGRAMADO																				1								
			EJECUTADO																				1								
Prevención de accidentes laborales	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residente SST	PROGRAMADO																							1					
			EJECUTADO																							1					
Simulacro de emergencias en obra	Personal administrativo y operativo adscritos al cto 1357 del 2025	Residentes SST	PROGRAMADO																										1		
			EJECUTADO																										1		
TOTAL PROGRAMADO				1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
TOTAL EJECUTADO				1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
CUMPLIMIENTO TOTAL EN %				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ANEXO **2.**

PLAN DE TRABAJO SST			Preliminar				Diagnostico				Ejecución														Liquidación				OBSERVACIONES
# Actividad	ACTIVIDAD/MESES		Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				
			1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	
1	**Actividades previas**																													
1.1	Revisión los documentos contractuales respecto a las obligaciones A&SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.2	Evaluar el cumplimiento de los requisitos legales	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.3	Revisión / actualización Hojas de vida	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.4	Desarrollar y mantener actualizada la matriz de requisitos legales en SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.5	Revisión y diseño de politica A&SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.6	Elaboración cronograma de actividades SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.7	Elaboracion de procedimientos SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
1.8	Diseño de objetivos y metas SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
2	**Obligaciones ambientales y SST**																													
2.1	Aplicación de examenes medicos de ingreso a personal nuevo	Planeado																												
		Ejecutado																												
2.2	Inducción a personal nuevo	Planeado																												
		Ejecutado																												
2.3	Notificación del riesgo	Planeado																												
		Ejecutado																												
2.4	Recomendación medico laboral	Planeado																												
		Ejecutado																												
2.5	Suministro de dotación y EPPS al personal	Planeado																												
		Ejecutado																												
2.6	Afiliación y SS del personal	Planeado																												
		Ejecutado																												
3	**Organización y recursos**																													
3.1	Definición de presupuesto de ejecución para las actividades SST y seguimiento	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.2	Conformación del COPASST	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.3	Reunión mensual COPASST	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.4	Inspección de seguridad de equipos	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.5	Inspección de equipos de emergencia	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.6	Inspección de EPP'S	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.7	Inspección locativa	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.8	Informes semanales SST	Planeado																												
		Ejecutado																												
3.9	Informes mensuales SST	Planeado																												
		Ejecutado																												

4	**Procedimientos de trabajo seguro y practicas seguras**																														
4.1	Divulgación de los procedimientos e instructivos de trabajo seguro.	Planeado																													
		Ejecutado																													
4.2	Estalecer los programas de riesgos prioritarios y criticos	Planeado																													
		Ejecutado																													
4.3	Seguimiento mensual a los programas de riesgos prioritarios y crtiticos	Planeado																													
		Ejecutado																													
5	**Gestión de riesgos**																														
5.1	Diseño de matriz de peligro y de riesgos	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.2	Elaboración y seguimiento al diagnostico de salud	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.3	Pausas activas	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.4	Divulgación de estilos de vida saludables	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.5	Recolección de información: analisis estadistico y recomendaciones de morbilidad y ausentismo por salud y perfil sociodemografico	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.6	Divulgación de matriz de aspectos e impactos ambientales	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.7	Conformación de la brigada de emergencias	Planeado																													
		Ejecutado																													
5.8	Simulacro de emergencias	Planeado																													
		Ejecutado																													
6	**Evaluación y monitoreo**																														
6.1	Reporte e investigación de accidentes de trabajo, enfermedad laboral y accidentes ambientales	Planeado																													
		Ejecutado																													
6.2	Medición de indicadores y seguimiento	Planeado																													
		Ejecutado																													
6.3	Seguimiento de acciones correctivas	Planeado																													
		Ejecutado																													
6.4	Divulgación de lecciones aprendidas	Planeado																													
		Ejecutado																													

ANEXO 3.

CONSORCIO MITIPARK	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

Proyecto: Parque Guacamayas Firma capacitador

	LUNES	MARTES	MIERCOLES
Tema:	Riesgo en excavaciones	Reporte de condiciones y actos inseguros	Importancia de informar riesgos oportunamente para Prevenir riesgos
Fecha:	03/08/2026	04/08/2026	05/08/2026
	JUEVES	**VIERNES**	**SABADO**
Tema:	Prevención de golpes por caida de objetos	Festivo	
Fecha:	06/08/2026	07/08/2026	

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CARGO	Firmas				
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Raul Rivera B	Boal					/
2	Shaik Alfonso	P. social					/
3	David Peiva	Boal	David Peiva	David Peiva	David Peiva	David Peiva	/
4	Ricardo Salcedo	Ayudante					/
5	Johan Pulido	Boal	Johan P.	Johan P.	Johan P.	Johan P.	/
6	Pompilio						/
7	Daniel Boada	Inspector obra	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓	/
8	Jhon Rodriguez	Alpinista					/
9	EFREN SUAZO	OFICINA	EFREN.	EFREN	EFREN.	EFREN SUAZO	/

CONSORCIO MITIPARK	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

Proyecto: Parque Guacamayas Firma capacitador

	LUNES	MARTES	MIERCOLES
Tema:	Uso de casco, orden en almacenamiento de materiales y herramientas	Trabajo Seguro en excavaciones	Riesgo eléctrico
Fecha:	10/08/2026	11/08/2026	12/08/2026
	JUEVES	**VIERNES**	**SABADO**
Tema:	Manipulación de cargas	Pausa Activa	Pausa Activa
Fecha:	13/08/2026	14/08/2026	15/08/2026

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CARGO	Firmas				
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Shaik Alfonso	P. social					
2	DAVID REINA	OPERADOR	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA
3	Raul Riveva R	Boal					
4	Ricardo salcedo	Ayudante de					
5	Johan Tulcán	Boal	Johan T.	Johan T.	Johan T.	Johan T.	Johan T.
6	Ronald	Portero					
7	Daniel Boada	Inspector obra	Daniel Boada ✓	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓	Daniel Boada. ✓
8	Jhon Rodriguez	Arquitecto					
9	EFREMSUR	EFREMSUR	EFREMSUR	EFREMSUR	EFREM.	EFREM	EFREM. SUR

CONSORCIO MITIPARK	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

Proyecto: Parque Guacamayas Firma capacitador

	LUNES	MARTES	MIERCOLES
Tema:	(Uso y ahorro de energía)	Uso y ahorro de energía	Manejo de las emociones
Fecha:	(18/08/2026)	18/08/2026	19/08/2026
	JUEVES	**VIERNES**	**SABADO**
Tema:	Socialización de objetivos SG-SST	Pausa Activa	Pausa Activa
Fecha:	20/08/2026	21/08/2026	22/08/2026

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CARGO	Firmas				
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Leopoldo Pena	Ayu	—	Leopoldo	Leopoldo		
2	Oscar Oviedo	oficial	—				
3	Orlando Hidalgo	OFICIAL	—				
4	CARLOS ARIAS	OFICIAL	—	CARLOS	CARLOS	CARLOS	CARLOS
5	Pompilio Cala		—				
6	DUBAN PULIDO	AYUDANTE	—	DUBAN	DUBAN		
7	Johan Pulido	Ayudante	—	Johan P.	Johan P.	Johan P.	Johan P.
8	Alex Pulido	Boal	—				
9	Raul Rivera Ramirez	Boal	—				

CONSORCIO MITIPARK	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

10	José A Rodriguez	oficial						
11	Edgar Gutierrez	Oficial						
12	EFRENSURO	OFICIAL		EFRENSURO	EFRENSURO	EFRENSURO	EFRENSURO	
13	Renzo Romero	Operador						
14	DAVID JULIAN RETUA	OPERADOR		DAVID RETUA	DAVID RETUA	DAVID RETUA		
15	Manuel García	Ayudante						
16	CARLOS FABIAN	Ayudante		CARLOS	CARLOS	CARLOS		
17	Samuel cuellar	Oficial						
18	Ricardo Salcedo	Ayudan						
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

CONSORCIO MITIPARK	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

Proyecto: Parque Guacamayas Firma capacitador Jaiver Alvarez

	LUNES	MARTES	MIERCOLES
Tema:	Manejo de herramientas	Prevención y protección contra generadoras de ruido	Importancia del uso de EPP's
Fecha:	24/08/2026	25/08/2026	26/08/2026
	JUEVES	VIERNES	SABADO
Tema:	uso de EPP acorde a la actividad	Pausa Activa	Pausa Activa
Fecha:	27/08/2026	28/08/2026	29/08/2026

ITEM	NOMBRE TRABAJADOR	CARGO	Firmas				
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Raol Rivero R	Boal					
2	Ricardo Salcedo	Ayudante					
3	Johan Pulido	Boal	Johan P	Johan P.	Johan P.	Johan P.	Johan P.
4	Juan Sebastian	Ayudante					
5	Orlando Hidalgo	OFICIAL.					
6	CARLOS PARIVU	Boal					
7	Jaime Jaen	Ayudante					
8	Jose A Rodriguez	Oficial					
9	Samad anda	oficial					

	CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SST- FT 30 V 01

10	Edgar Gutierrez	Oficial.					
11	EPREM SUR O	OFICIAL	EPREM SUR O				
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

MITIPARK	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código: GHO-CAP-F Versión: 1 Fecha: 1/09/2025 Página 1 de 1

Nombre empresa: Javier Alvarez Consorcio MitiPark

ACTIVIDAD REALIZADA: TEMAS TRATADOS

Capacitación Rotulado de Sustancias Quimicas 29/08/26

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FIRMA
1	Duban Ruiz	Ayudante	Duban Ruiz
2	Johan Roldo	Boal	Johan roldo
3	Julian Vergara Leon	Ayudante	
4	Adolfo Peñaloza	Oficial	
5	Juan Sabatata	Ayudante "	
6	Ricardo Salcedo	" Boald	
7	Raul Rivera Ramirez	Ayudante	Helmer
8	Helmer Garces	Ayudante	Jamer
9	Jamer		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Michael Garcia Polo

Cargo Ayudante de obra

Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

CONSORCIO MITIPARK	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

NOMBRES Y APELLIDOS: cristal de Jesus garcia Polo

NO. DE IDENTIFICACIÓN: 1.143.463.750 DE _____

DIRECCIÓN: Carrera 2C #41-36 Sur

BARRIO: San cristobal LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: 3044142670

CORREO ELECTRONICO: JJuniormanda79@hmail.com

ESTADO CIVIL: Union Libre NÚMERO DE HIJOS: 2 ESTRATO SOCIAL _____

EDAD: 26 TIPO DE SANGRE (RH): O+

OTRAS PERSONAS A CARGO: 1 PARENTESCO: Mama

EPS: nueva EPS FONDO DE PENSIÓN: _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA _____ BACHILLER ✓ PROFESIONAL _____

ESTUDIANTE: _____ OTRO _____ CUÁL? _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: _____ ARRENDADA: ✓ FAMILIAR: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Recreacion

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD PARA EL BIENESTAR DE SU SALUD? SI ✓ NO _____

¿CUAL O CUALES?: deporte

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI _____ NO ✓ CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI _____ NO ✓ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI _____ NO ✓

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?: SI _____ NO _____ CON RESTRICCIONES?: _____

NOMBRE DE ALGUNA PERSONA DE CONTACTO: Veila Patricia

NÚMERO DE TELÉFONO: 3044152683 PARENTESCO: compañera

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI _____ NO ✓ ¿CUÁL?: _____

FIRMA: _____ FECHA: 03/08/26

SE DILIGENCIA UNA ÚNICA VEZ AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO, SI EL EMPLEADO REQUIERE ACTUALIZACIÓN DE SUS DATOS LO HARÁ POR MEDIO DE UNA SOLICITUD AL PERSONAL ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION	Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Pagina: 1 de 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Michael de Jesus Garcia Polo		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	03/08/2026 Inducción	CARGO	Ayudante de obra

GENERALIDADES DE LA EMPRESA		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN HSEQ		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL		
	CUMPLIMIENTO	
TEMAS	SI	NO
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO		
	CUMPLIMIENTO	
TEMAS	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR		INSTRUCTOR	Jaiver Esteban Alvarez

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	SECRETARÍA DE HÁBITAT BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD: 03 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Maikol Garcia Polo **FIRMA:**

CARGO: Ayudante d obra

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Esteban Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. **¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?**
   a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
   X b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
   c) Reducir costos operativos
   d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. **La política establece que el Consorcio debe:**
   a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
   b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
   c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
   X d) Todas las anteriores

3. **¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?**
   a) Supervisión externa
   X b) Mejora continua
   c) Control financiero
   d) Productividad operativa

4. **¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?**
   a) Uso eficiente del agua y la energía
   b) Separación adecuada de residuos
   c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
   X d) Todas las anteriores

5. **El Plan Social busca:**
   a) Mantener comunicación con la comunidad
   b) Minimizar impactos negativos en el entorno
   c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
   X d) Todas las anteriores

6. **Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:**
   a) Ignorarlo
   b) Responder de forma inadecuada
   X c) Informar al área social o residente de obra
   d) Discutir con la comunidad

7. **¿Cuál es el propósito del SG-SST?**
   X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
   b) Cumplir únicamente un requisito documental
   c) Evitar capacitaciones
   d) Ninguna de las anteriores

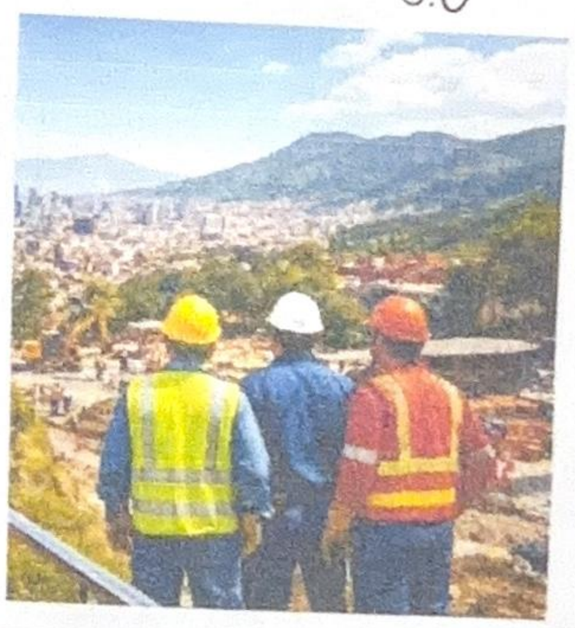
8. **La inducción corporativa tiene como finalidad principal:**
   a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
   X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades
   c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
   d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. **Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:**
   a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
   X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
   c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
   d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. **La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:**
    a) Actúan solo cuando hay supervisión
    b) Cumplen normas por obligación
    X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
    d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS: 10/10

CALIFICACIÓN: 5.0



CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Versión:** 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD: 03 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: maicol javier polo **FIRMA:**

CARGO: Ayudante de obra

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Esteban Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañia.
b. Proveer productos y servicios pertinentes ✓
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales ✓
c. Amenazan la salud física y mental.
X d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial. ✓
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación ✓
X d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. ✓
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos ✓
ENFERMEDAD LABORAL ✓	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte ✓

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar. ✓
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN? ✓

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9

CALIFICACIÓN: 5.0

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	03 / Ago / 2026
TEMA DICTADO POR	Ing. Jaiver Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		✓
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo Maikol Jaiver polo identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.463.350, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 03.07.2026

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

1.143.463.350

Firma y Cédula del Trabajador

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Carlos Alberto Epinayu Cargo Ayudante de obra Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

Fecha de entrega	Elementos de Protección Personal y/o Dotación																																					Firma: Acepto que he recibido los EPP adecuados y me comprometo a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes.
	CABEZA		OJOS					CARA			OÍDOS		RESPIRATORIA								MANOS							PIES/PIERNAS				CUERPO								
													Gases y Vapores																										
	Casco Dieléctrico	Casco con Barbuquejo	Gafas De Seguridad	Careta de soldador	Careta de Esmeriilar	Monogafas	Gafas de seguridad lentes	Careta soldador	Monje protector de cuello	Careta Para Esmeriilar	Protector Auditivo Tipo Copa	Protector Auditivo Tipo Copa	Respirador Humos Metálicos	Respiradores desechables	Respirador para material	Vapores orgánicos	Vapores orgánicos y	Químicos y pinturas en spray	Guante Recubierto en	Vaqueta o ingeniero Jatras	Guantes para soldador	Carnaza	Hilaza puntos	Guante de caucho industrial	Guante de nitrilo	guantes dieléctrico	Botas seguridad	Botas Caucho con puntera	Calzado dieléctrico	Bota de seguridad caña	Delantal en carnaza o	Overol de cuero entero	Chaqueta y pantalon en	Overol de dos piezas en dril	Impermeable	Chaqueta y Chaleco reflectivo	Mangas (Carnaza/Vaque	
03/08/2026		X									X			X						X							X					+							CARLOS EPINAYU

Diligencie en la casillas el numero de elementos entregados.

NOTA: Identifique aquí EPP que no estén en el listado:

ELABORA

Nombre: Jaiver Esteban Alvarez

Fecha: 03/08/2026

Notas: 1. Una vez recibida la compra, se entregan a los trabajadores los EPP quienes firman en señal de recibido conforme y compromiso de utilizarlos adecuadamente.

2. Con la firma de recibido de estos elementos, "Acepta que ha recibido los EPP adecuados y se compromete a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes".

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL. EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	HÁBITAT | BOGOTÁ Versión: 1

FECHA (DD) 03 (MM) 07 (AA) 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Carlos Ramírez FIRMA: [signature]
CARGO: Ayudante de obra
TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. **¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?**
   a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
   b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
   c) Reducir costos operativos
   d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. **La política establece que el Consorcio debe:**
   a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
   b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
   c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
   d) Todas las anteriores

3. **¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?**
   a) Supervisión externa
   b) Mejora continua
   c) Control financiero
   d) Productividad operativa

4. **¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?**
   a) Uso eficiente del agua y la energía
   b) Separación adecuada de residuos
   c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
   d) Todas las anteriores

5. **El Plan Social busca:**
   a) Mantener comunicación con la comunidad
   b) Minimizar impactos negativos en el entorno
   c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
   d) Todas las anteriores

6. **Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:**
   a) Ignorarlo
   b) Responder de forma inadecuada
   c) Informar al área social o residente de obra
   d) Discutir con la comunidad

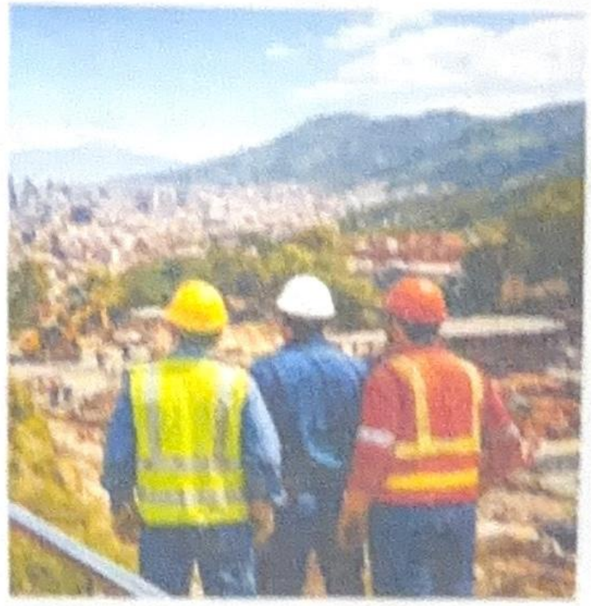
7. **¿Cuál es el propósito del SG-SST?**
   a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
   b) Cumplir únicamente un requisito documental
   c) Evitar capacitaciones
   d) Ninguna de las anteriores

8. **La inducción corporativa tiene como finalidad principal:**
   a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
   b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades
   c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
   d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. **Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:**
   a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
   b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
   c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
   d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. **La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:**
    a) Actúan solo cuando hay supervisión
    b) Cumplen normas por obligación
    c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
    d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS:
CALIFICACIÓN:



NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	03/08/2026
TEMA DICTADO POR	Ing. Jaiver Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		✓
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo CARLOS EARLEY identificado con cédula de ciudadanía No. 1006616285, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 03/08/26

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

1006616285 CARLOS

Firma y Cédula del Trabajador

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Versión:** 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD: 03 MM: 07 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: CARLOS BARÓN **FIRMA:** CARLOS

CARGO:

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial.
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energia solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN:

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION		Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2024 Pagina: 1 de 1
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Jaiver Esteban Alvarez		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	03/08/2026	CARGO	Ayudante

GENERALIDADES DE LA EMPRESA		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN HSEQ		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	
GESTIÓN AMBIENTAL		
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	CARLOS EPINAYU	INSTRUCTOR	Jaiver Alvarez

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Julian Alejandro Vergara Cargo Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

CONSORCIO MITIPARK	**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

NOMBRES Y APELLIDOS: Julian Alejandro Vergara León

NO. DE IDENTIFICACIÓN: 1029280991 DE Bogota c.c

DIRECCIÓN: Diagonal 58 #125 sur

BARRIO: Danubio LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO: 3054030197 CELULAR: 3054030197

CORREO ELECTRONICO: JulianVergaraLeon200@gmail.com

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: Ninguno ESTRATO SOCIAL 2

EDAD: 19 Años TIPO DE SANGRE (RH): B+

OTRAS PERSONAS A CARGO: NO PARENTESCO: NO

EPS: Sanitas FONDO DE PENSIÓN:

ESCOLARIDAD: PRIMARIA ____ BACHILLER X PROFESIONAL ____

ESTUDIANTE: ____ OTRO ____ CUÁL? ____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: ____ ARRENDADA: X FAMILIAR: ____

USO DEL TIEMPO LIBRE: Jugar futbol

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD PARA EL BIENESTAR DE SU SALUD? SI X NO ____

¿CUAL O CUALES?: Actividades fisicas como ejercicio

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ____ NO X CUÁL?: ____

¿FUMA?: SI ____ NO X CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI ____ NO X

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?: SI X NO ____ CON RESTRICCIONES?: ____

NOMBRE DE ALGUNA PERSONA DE CONTACTO: Norela León Davila

NÚMERO DE TELÉFONO: 3212724448 PARENTESCO: Madre

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI ____ NO X ¿CUÁL?: ____

FIRMA: JulianAlejandroVergara FECHA: 22/08/2026

SE DILIGENCIA UNA ÚNICA VEZ AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO, SI EL EMPLEADO REQUIERE ACTUALIZACIÓN DE SUS DATOS LO HARÁ POR MEDIO DE UNA SOLICITUD AL PERSONAL ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Versión:** 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD: 22 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Julian Alejandro Vagara León **FIRMA:** Julian Alejandro Vergara

CARGO:

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Esteban Alvarez

2. DESCRIPCION DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
X d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial.
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
X d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

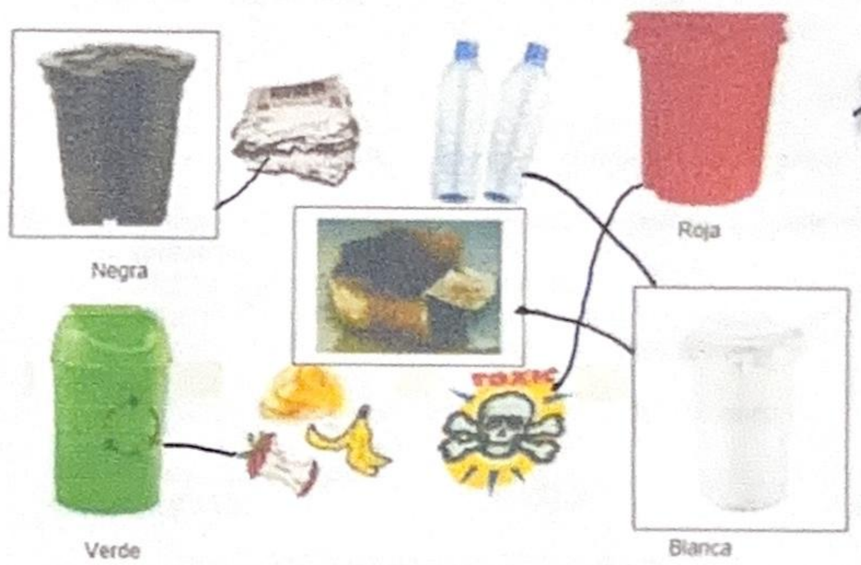
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS:
CALIFICACIÓN:

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	SECRETARÍA DE HÁBITAT BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD 22 MM 08 AA 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Julian Alejandra Vergara Leon FIRMA: Julian Alejandra Vergara

CARGO:

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Esteban Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. ¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?
a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
X b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
c) Reducir costos operativos
d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. La política establece que el Consorcio debe:
a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
X d) Todas las anteriores

3. ¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?
a) Supervisión externa
X b) Mejora continua
c) Control financiero
d) Productividad operativa

4. ¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?
a) Uso eficiente del agua y la energía
b) Separación adecuada de residuos
c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
X d) Todas las anteriores

5. El Plan Social busca:
a) Mantener comunicación con la comunidad
b) Minimizar impactos negativos en el entorno
c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
X d) Todas las anteriores

6. Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:
a) Ignorarlo
b) Responder de forma inadecuada
X c) Informar al área social o residente de obra
d) Discutir con la comunidad

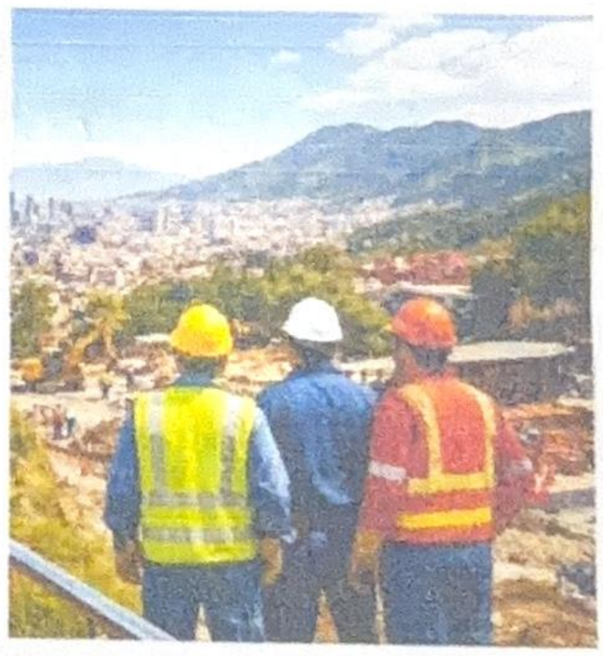
7. ¿Cuál es el propósito del SG-SST?
X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
b) Cumplir únicamente un requisito documental
c) Evitar capacitaciones
d) Ninguna de las anteriores

8. La inducción corporativa tiene como finalidad principal:
a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades
c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:
a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:
a) Actúan solo cuando hay supervisión
b) Cumplen normas por obligación
X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS: 10/10
CALIFICACIÓN:



NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	22/08/2026
TEMA DICTADO POR	Ing. Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		✓
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo Julian Alejandro Vergara León identificado con cédula de ciudadanía No. 1029280991, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 22/08/26 del mes de enero de 2026.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Julian Vergara León. 1029280991
Firma y Cédula del Trabajador

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION		Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Pagina: 1 de 1
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Julian Alejandro Vergara		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	22108/2026	CARGO	Ayudante

GENERALIDADES DE LA EMPRESA TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN HSEQ TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	Julian Alejandro Vergara	INSTRUCTOR	Jaiver Esteban Alvarez

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Orlando Hidalgo Cargo Oficial Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
		Versión: 1
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Fecha:** Enero de 2026

Fecha: 03/08/26

FECHA DD: 03 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Orlando Hidalgo Lizaso **FIRMA:**

CARGO: OFICIAL

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCION DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades. ✓
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON? ✓

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
X Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial. ✓
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

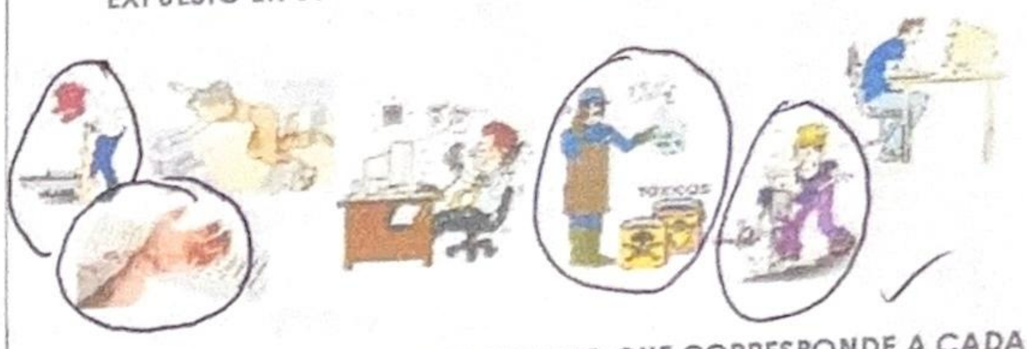
4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación ✓
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
X Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

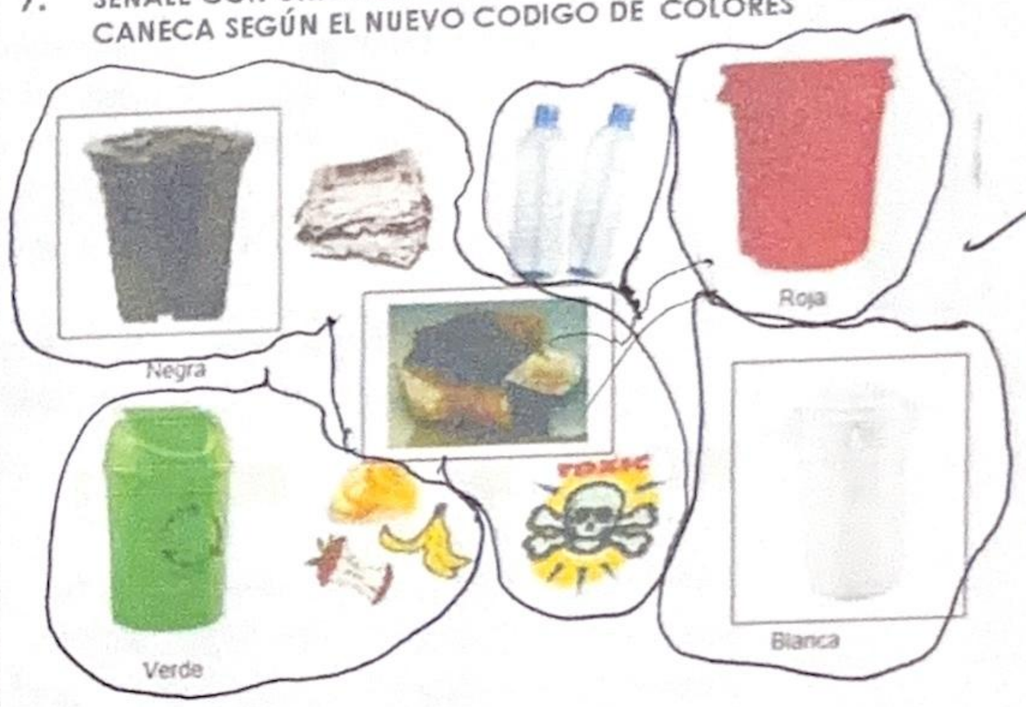
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales. ✓
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas. ✓
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN:

Nombre: Jaiver
Fecha: 03/08/2026

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	03-08-2026.
TEMA DICTADO POR	Ing. Jaiver Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	✓	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo Orlando Hidalgo Riaño. identificado con cédula de ciudadanía No. 1023.863155., declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 03/08/26

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Orlando Hidalgo Riaño
1023863155
Firma y Cédula del Trabajador

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Duban Pulido Cargo Ayudante de Obra Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

Fecha de entrega	Elementos de Protección Personal y/o Dotación																																					Firma: Acepto que he recibido los EPP adecuados y me comprometo a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes.
	CABEZA		OJOS					CARA			OÍDOS			RESPIRATORIA Gases y Vapores						MANOS								PIES/PIERNAS				CUERPO							
	Casco Dieléctrico	Casco con Barbuquejo	Gafas De Seguridad	Careta de soldador	Careta de Esmerilar	Monogafas	Gafas de seguridad lentes	Careta soldador	Monje protector de cuello	Careta Para Esmerilar	Protector Auditivo Tipo Copa	Protector Auditivo Tipo Copa	Respirador Humos Metálicos	Respiradores desechables	Respirador para material	Vapores orgánicos	Vapores orgánicos y Químicos y pinturas en spray	Guante Recubierto en Vaqueta o Ingeniero lazara	Guantes para soldador	Carnaza	Hilaza puntos	Guante de caucho industrial	Guante de nitrilo	Guantes dieléctrico	Botas seguridad con punteru	Botas Caucho Con punteru	Calzado dieléctrico	Bota de seguridad caña Delantal en	Camaza o Overol de	Cuerpo entero Chaqueta y pantalón en	Overol de dos piezas en útil impermeable	Chaqueta y Chaleco reflectivo	Mangas (Camaza/Vaque		
03/08/2026		X									X			X					X							X					X							DUBAN P. L. 90

Diligencie en la casillas el numero de elementos entregados.

NOTA: Identifique aquí EPP que no estén en el listado:

ELABORA	Notas: 1. Una vez recibida la compra, se entregan a los trabajadores los EPP quienes firman en señal de recibido conforme y compromiso de utilizarlos adecuadamente. 2. Con la firma de recibido de estos elementos, "Acepta que ha recibido los EPP adecuados y se compromete a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes".
Nombre: Jaiver Esteban Alvarez	
Fecha: 03/08/2026	

CONSORCIO MITIPARK	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

NOMBRES Y APELLIDOS: DUBAN STIVEN PULIDO RODRIGUEZ

NO. DE IDENTIFICACIÓN: 1010049046 DE BOGOTA

DIRECCIÓN: KR 9 C 1C # 28-77 SUR

BARRIO: SAN PEDRO LOCALIDAD: SAN CRISTOBAL

TELÉFONO: 3166885633 CELULAR: 3166885633

CORREO ELECTRONICO:

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NÚMERO DE HIJOS: 3 ESTRATO SOCIAL 2

EDAD: 29 TIPO DE SANGRE (RH): O+

OTRAS PERSONAS A CARGO: NO PARENTESCO:

EPS: FAMISANAR FONDO DE PENSIÓN: COLPENSIONES

ESCOLARIDAD: PRIMARIA BACHILLER 9 PROFESIONAL

ESTUDIANTE: OTRO CUÁL?

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: ARRENDADA: FAMILIAR: X

USO DEL TIEMPO LIBRE: MIS HIJOS

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD PARA EL BIENESTAR DE SU SALUD? SI X NO

¿CUAL O CUALES?: FUTBOL

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI NO X CUÁL?:

¿FUMA?: SI X NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI NO X

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?: SI X NO CON RESTRICCIONES?:

NOMBRE DE ALGUNA PERSONA DE CONTACTO: DIEGO PULIDO

NÚMERO DE TELÉFONO: 3125378095 PARENTESCO: HERMANO

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI NO X ¿CUÁL?:

FIRMA: DUBAN PULIDO FECHA: 3 AGOSTO 2026

SE DILIGENCIA UNA ÚNICA VEZ AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO, SI EL EMPLEADO REQUIERE ACTUALIZACIÓN DE SUS DATOS LO HARÁ POR MEDIO DE UNA SOLICITUD AL PERSONAL ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	HÁBITAT BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD: 03 MM: AGO AA: 2026

1. DATOS GENERALES

NOMBRE:	DUBAN STIVEN PULIDO RODRIGUEZ	**FIRMA:**	DUBAN PULIDO
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
TEMA:	INDUCCIÓN X	REINDUCCIÓN	
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA:	Jaiver Esteban Alvarez		

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. **¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?**
   a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
   X b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente ✓
   c) Reducir costos operativos
   d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. **La política establece que el Consorcio debe:**
   a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
   b) Cumplir la legislación ambiental y en SST ✓
   c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
   X d) Todas las anteriores

3. **¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?**
   a) Supervisión externa ✓
   X b) Mejora continua
   c) Control financiero
   d) Productividad operativa

4. **¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?**
   a) Uso eficiente del agua y la energía
   b) Separación adecuada de residuos ✓
   c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
   X d) Todas las anteriores

5. **El Plan Social busca:**
   a) Mantener comunicación con la comunidad
   b) Minimizar impactos negativos en el entorno ✓
   c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
   X d) Todas las anteriores

6. **Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:**
   a) Ignorarlo
   b) Responder de forma inadecuada ✓
   X c) Informar al área social o residente de obra
   d) Discutir con la comunidad

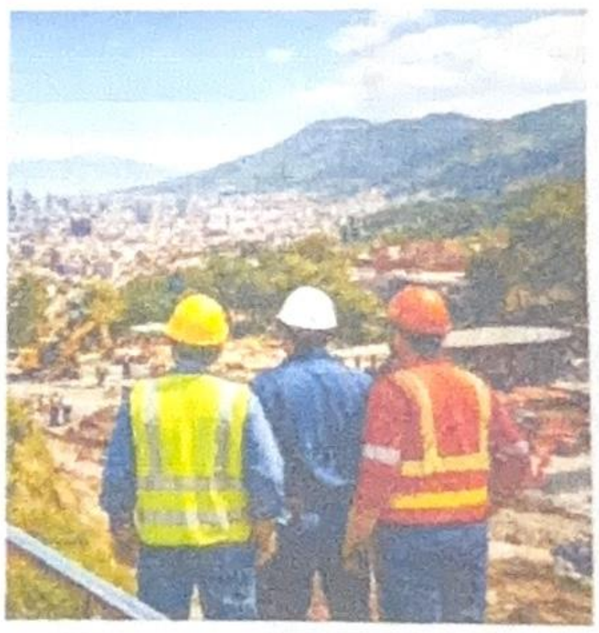
7. **¿Cuál es el propósito del SG-SST?**
   X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores ✓
   b) Cumplir únicamente un requisito documental
   c) Evitar capacitaciones
   d) Ninguna de las anteriores

8. **La inducción corporativa tiene como finalidad principal:**
   a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
   X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades ✓
   c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
   d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. **Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:**
   a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
   X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST ✓
   c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
   d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. **La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:**
    a) Actúan solo cuando hay supervisión
    b) Cumplen normas por obligación ✓
    X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
    d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS: 10/10
CALIFICACIÓN: 5.0



CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Versión:** 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD: 03 MM: AGO AA: 2026

1. DATOS GENERALES

NOMBRE:	DUBAN STIVEN PULIDO RODRIGUEZ	**FIRMA:**	DUBAN PULIDO
CARGO:	AYUDANTE DE OBRA		
TEMA:	**INDUCCIÓN** X	**REINDUCCIÓN**	
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA:	Jaiver Esteban Alvarez		

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades. ✓
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales ✓
c. Amenazan la salud física y mental.
X d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial. ✓
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación ✓
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
X d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

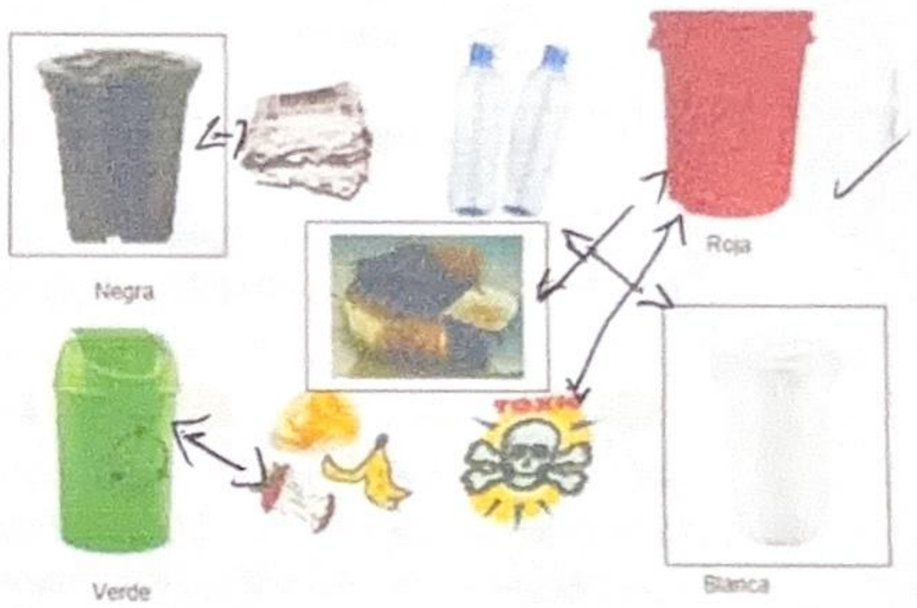
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar ✓
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos ✓
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte ✓

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar. ✓
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza. ✓
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN: 5.0

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	03 / Ago / 2026
TEMA DICTADO POR	Ing. Jaiver Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.		✓
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo Duban Tejedor Pulido identificado con cédula de ciudadanía No. 1010049046, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 03 Agos 2026 del mes de ~~enero~~ de 2026.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

Duban Pulido 1010049046

Firma y Cédula del Trabajador

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION		Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Pagina: 1 de 1
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Duban Stiven Pulido Rodriguez		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	03/08/2026 Induccion	CARGO	Ayudante de Obra

GENERALIDADES DE LA EMPRESA		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN FISICA		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL		
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	DUBAN PULIDO	*INSTRUCTOR*	Jaiver Esteban Alvarez

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Juan Sebastian Salcedo Cargo Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

CONSORCIO MITIPARK

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - ENCUESTA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENCUESTA PARA CADA EMPLEADO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Salcedo

NO. DE IDENTIFICACIÓN: 1000934954 DE Bogotá

DIRECCIÓN: Cra 2# 39d sur 25.

BARRIO: Guacamayas 1. LOCALIDAD: San Cristobal

TELÉFONO: 3204503264 CELULAR: 3204503264

CORREO ELECTRONICO: N/A

ESTADO CIVIL: Soltero NÚMERO DE HIJOS: 1 ESTRATO SOCIAL 2

EDAD: 30 años TIPO DE SANGRE (RH): O+

OTRAS PERSONAS A CARGO: Si PARENTESCO: hija.

EPS: capital salud FONDO DE PENSIÓN: Porvenir.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA X BACHILLER _____ PROFESIONAL _____

ESTUDIANTE: _____ OTRO _____ CUÁL? _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: _____ ARRENDADA: X FAMILIAR: _____

USO DEL TIEMPO LIBRE: - Jugar Futbol

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD PARA EL BIENESTAR DE SU SALUD? SI X NO _____

¿CUAL O CUALES?: deporte.

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI _____ NO X CUÁL?: _____

¿FUMA?: SI X NO _____ CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS?: SI X NO _____

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?: SI X NO _____ CON RESTRICCIONES?: NO

NOMBRE DE ALGUNA PERSONA DE CONTACTO: Ricardo Salcedo.

NÚMERO DE TELÉFONO: 3112421592 PARENTESCO: Hermano

SUFRE DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGÚN ALIMENTO: SI _____ NO X ¿CUÁL?: _____

FIRMA: _____ FECHA: 18-09-2026

SE DILIGENCIA UNA ÚNICA VEZ AL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO, SI EL EMPLEADO REQUIERE ACTUALIZACIÓN DE SUS DATOS LO HARÁ POR MEDIO DE UNA SOLICITUD AL PERSONAL ENCARGADO DE RECURSOS HUMANOS

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION		Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Pagina: 1 de 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Juan Sebastian Saleedo	CARGO	Ayudante
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	22/08/2026		

GENERALIDADES DE LA EMPRESA	CUMPLIMIENTO	
TEMAS	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN HSEQ	CUMPLIMIENTO	
TEMAS	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL		
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO	CUMPLIMIENTO	
TEMAS	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	1000934951	INSTRUCTOR	Javier Alvarez

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

FECHA	22/08/2026
TEMA DICTADO POR	Ing. Esteban Alvarez
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	30 min

ASPECTOS RELEVANTES DE LA NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO	SI	NO
RIESGOS DE SEGURIDAD: Peligro de ser golpeado por rocas u objetos en excavaciones. Deben mantenerse atentos y seguir las normas y procedimientos seguros de trabajo.	✓	
RIESGOS FÍSICOS: Ruido, vibraciones y radiaciones no ionizantes.	✓	
RIESGOS QUÍMICOS: Material particulado, polvos y humos.	✓	
RIESGOS MECÁNICOS: Generados por el mal uso de herramientas, máquinas o equipos, equipos sin resguardos y sin mecanismos de protección.	✓	
RIESGOS LOCATIVOS: Causados por las condiciones peligrosas del terreno o de las áreas de trabajo.	✓	
RIESGO BIOLÓGICO: Generado por la exposición de microorganismos patógenos en los baños, por la presencia de aguas negras, animales e insectos en las áreas de trabajo.		✓
RIESGO ELÉCTRICO: Por contactos directos o indirectos con circuitos energizados o por sobrecarga de circuitos, empalmes defectuosos, falta de polo a tierra etc.	✓	
RIESGO ERGONÓMICO: Por hacer levantamiento de cargas de manera inadecuada, o por adoptar posiciones incorrectas para realizar las tareas.	✓	
RIESGO PSICOLABORAL: Por prolongados periodos de trabajo, alta carga dinámica, presión por terminar rápido, mando inadecuado, monotonía y repetividad de las tareas, sobre turnos etc.	✓	
RIESGO PUBLICO: Asociado a atracos, robos, atentados, etc.	✓	

Yo Juan Sebastian Secua identificado con cédula de ciudadanía No. 1000935954, declaro y doy testimonio que fui notificado de los riesgos a los cuales estoy expuesto de acuerdo a mi cargo y actividad a desarrollar, para constancia y prueba firmo en la cuidad del día 22/08/2026 del mes de enero de 2026.

Me comprometo a cumplir con las normas y procedimientos de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Atentamente.

Firma Residente SSTMA

1000 935 954

Firma y Cédula del Trabajador

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	SECRETARÍA DEL HÁBITAT · BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD 22 MM 08 AA 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Juan Sabatal Salcedo FIRMA:

CARGO: Ayudante

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. ¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?
- X a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
- b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
- c) Reducir costos operativos
- d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. La política establece que el Consorcio debe:
- a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
- b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
- c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
- X d) Todas las anteriores

3. ¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?
- a) Supervisión externa
- X b) Mejora continua
- c) Control financiero
- d) Productividad operativa

4. ¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?
- a) Uso eficiente del agua y la energía
- X b) Separación adecuada de residuos
- c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
- X d) Todas las anteriores

5. El Plan Social busca:
- a) Mantener comunicación con la comunidad
- b) Minimizar impactos negativos en el entorno
- c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
- X d) Todas las anteriores

6. Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:
- a) Ignorarlo
- b) Responder de forma inadecuada
- X c) Informar al área social o residente de obra
- d) Discutir con la comunidad

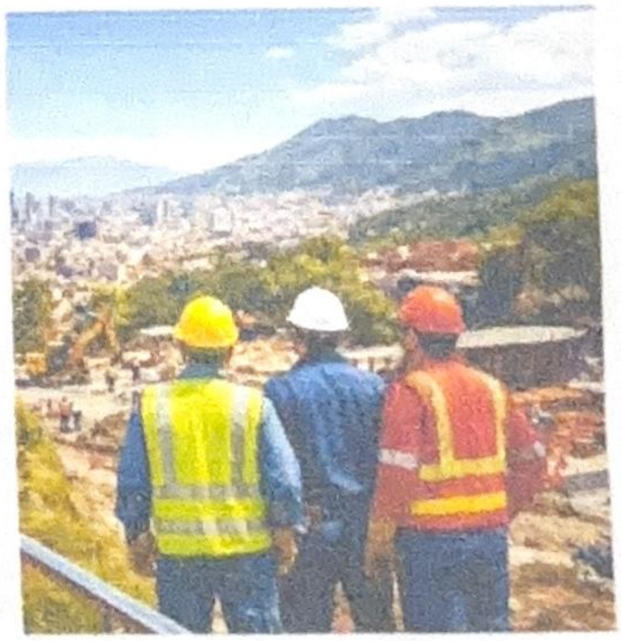
7. ¿Cuál es el propósito del SG-SST?
- X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
- b) Cumplir únicamente un requisito documental
- c) Evitar capacitaciones
- d) Ninguna de las anteriores

8. La inducción corporativa tiene como finalidad principal:
- a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
- X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades
- c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
- d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:
- a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
- X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
- c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
- d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:
- a) Actúan solo cuando hay supervisión
- b) Cumplen normas por obligación
- X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
- d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS:
CALIFICACIÓN: 10/10



CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
		Versión: 1
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Fecha:** Enero de 2026

FECHA DD: 22 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Juan Sebastio Gelcedo **FIRMA:**

CARGO: Ayudante

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

a. X Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
d. X Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

a. X Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial.
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. X Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

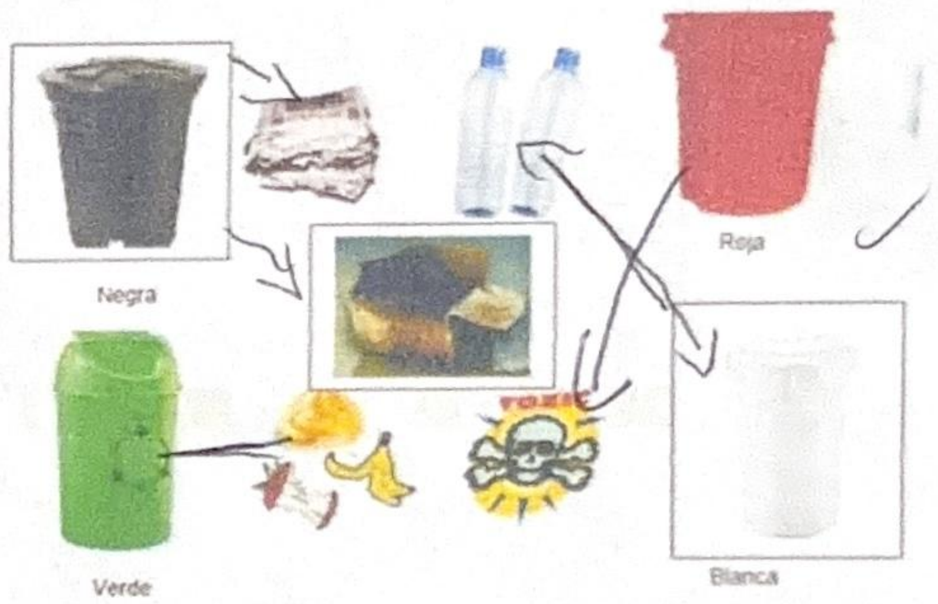
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

a. X Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

a. X La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN:

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Jamer de la Cruz Cargo: Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION	Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Página: 1 de 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Jamer de la Zuk		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	28/08/2026	CARGO	Ayudante

GENERALIDADES DE LA EMPRESA		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN RIESGO		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLITICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO// REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISTENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL		
PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO		
TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLITICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	Jamer	INSTRUCTOR	Jaiver Alvarez

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	Código: GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	Versión: 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD 28 MM 08 AA 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: ISAMER de la CRUZ FIRMA: ISAMER

CARGO: Ayudante

TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
X d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial.
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de temas de interes
X d. Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

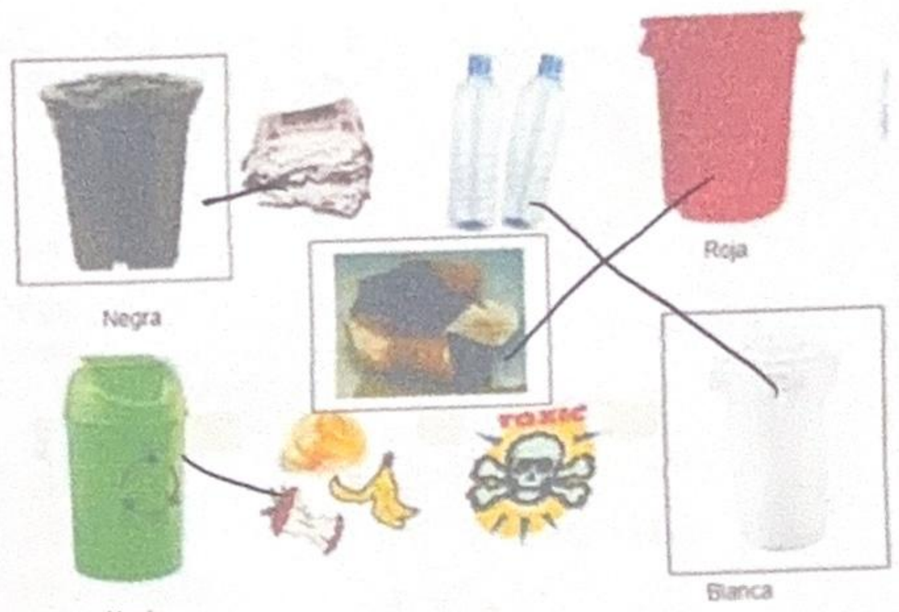
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN:

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD 28 MM 08 AA 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: Jamer de la Cruz
CARGO: Ayudante
FIRMA: Jamer
TEMA: INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA: Jaiver Alvarez

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. **¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?**
   a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
   X b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
   c) Reducir costos operativos
   d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. **La política establece que el Consorcio debe:**
   a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
   b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
   c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
   X d) Todas las anteriores

3. **¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?**
   a) Supervisión externa
   X b) Mejora continua
   c) Control financiero
   d) Productividad operativa

4. **¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?**
   a) Uso eficiente del agua y la energía
   b) Separación adecuada de residuos
   c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
   X d) Todas las anteriores

5. **El Plan Social busca:**
   a) Mantener comunicación con la comunidad
   b) Minimizar impactos negativos en el entorno
   c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
   X d) Todas las anteriores

6. **Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:**
   a) Ignorarlo
   b) Responder de forma inadecuada
   X c) Informar al área social o residente de obra
   d) Discutir con la comunidad

7. **¿Cuál es el propósito del SG-SST?**
   X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
   b) Cumplir únicamente un requisito documental
   c) Evitar capacitaciones
   d) Ninguna de las anteriores

8. **La inducción corporativa tiene como finalidad principal:**
   a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
   X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticos, riesgos y responsabilidades
   c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
   d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. **Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:**
   a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
   X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
   c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
   d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. **La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:**
    a) Actúan solo cuando hay supervisión
    b) Cumplen normas por obligación
    X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
    d) Se enfocan únicamente en terminar rapido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS: 10/10
CALIFICACIÓN:



REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Helmer Garces Cargo Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

CONSORCIO MITIPARK	REGISTRO DE INDUCCION	Código: GH-FO-05 Versión: 1 Fecha: Enero de 2026 Pagina: 1 de 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	Helmer GARCES		
FECHA DE INGRESO / INDUCCIÓN / REINDUCCION	Ayudante 28/08/26	CARGO	Ayudante

GENERALIDADES DE LA EMPRESA

TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	✓	
PLANEACIÓN DIRECTIVA (MISIÓN, VISIÓN, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA ORGANIZACIÓN, VALORES CORPORATIVOS)	✓	
OBJETO DEL CONTRATO DE OBRA	✓	
MAPA DE PROCESOS (CARACTERIZACIÓN)	✓	
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	✓	

GESTIÓN HSEQ

TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
POLÍTICAS DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	✓	
POLITICA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	
OBJETIVOS EN SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTE Y CALIDAD	✓	
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	✓	
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	✓	
PLAN DE EMERGENCIA Y SEÑALES DE ALARMA	✓	
NORMAS DE SEGURIDAD	✓	
DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO	✓	
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL	✓	
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO/ REPORTAR DE INMEDIATO/SI NO SE REPORTA DE INMEDIATO PERDERA LOS BENEFICIOS ASISITENCIALES Y ECONOMICOS	✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN	✓	

GESTIÓN AMBIENTAL

PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS	✓	
ORDEN Y ASEO	✓	
ACTIVIDADES AMBIENTALES EN OBRA	✓	
CUIDADO Y CONSERVACION DE FAUNA Y FLORA	✓	
NORMAS AMBIENTALES	✓	
USO EFICIENCIENTE Y AHORRO DE ENERGIA	✓	

INDUCCIÓN AL CARGO

TEMAS	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO	✓	
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	✓	
ENTREGA DE IMPLEMENTOS DE TRABAJO	✓	
POLÍTICAS GENERALES DEL CARGO (HORARIOS, DESCANSOS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO)	✓	

FIRMA DEL TRABAJADOR	Helmer	INSTRUCTOR	Jaiver Alvarez

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	SECRETARÍA DE HÁBITAT BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA	Versión: 1

FECHA DD: 28 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES			
NOMBRE:	Helmer GARCES	FIRMA:	Helmer
CARGO:	Ayudante		
TEMA:	INDUCCIÓN X	REINDUCCIÓN	
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA:	Jaiver Alvarez		

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

OBJETIVOS DE LA INDUCCIÓN

La presente evaluación tiene como objetivo verificar que el trabajador:

- Conozca la **Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo** del Consorcio.
- Identifique los principales riesgos laborales asociados a la obra.
- Comprenda los lineamientos del Plan de Gestión Ambiental.
- Reconozca la importancia del Plan de Gestión Social en la relación con la comunidad.
- Aplique los principios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

1. **¿Cuál es el compromiso principal del Consorcio MitiPark según su Política Ambiental y SST?**
   a) Aumentar la productividad sin importar el impacto ambiental
   X b) Proteger el medio ambiente, prevenir lesiones y enfermedades laborales y cumplir la normatividad vigente
   c) Reducir costos operativos
   d) Ejecutar la obra en el menor tiempo posible

2. **La política establece que el Consorcio debe:**
   a) Identificar y controlar aspectos ambientales y riesgos laborales
   b) Cumplir la legislación ambiental y en SST
   c) Promover la cultura ambiental y el autocuidado
   X d) Todas las anteriores

3. **¿Qué principio garantiza el seguimiento y mejora de los programas ambientales y de SST?**
   a) Supervisión externa
   X b) Mejora continua
   c) Control financiero
   d) Productividad operativa

4. **¿Cuál de las siguientes acciones corresponde al Plan Ambiental?**
   a) Uso eficiente del agua y la energía
   b) Separación adecuada de residuos
   c) Control de emisiones, vertimientos y ruido
   X d) Todas las anteriores

5. **El Plan Social busca:**
   a) Mantener comunicación con la comunidad
   b) Minimizar impactos negativos en el entorno
   c) Fomentar el respeto y la responsabilidad social
   X d) Todas las anteriores

6. **Si un residente presenta una inquietud por ruido excesivo, usted debe:**
   a) Ignorarlo
   b) Responder de forma inadecuada
   X c) Informar al área social o residente de obra
   d) Discutir con la comunidad

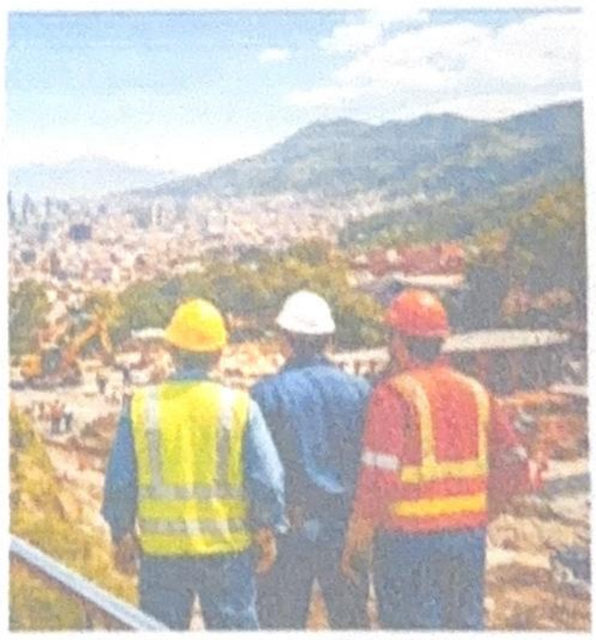
7. **¿Cuál es el propósito del SG-SST?**
   X a) Preservar, mantener y mejorar la salud de los trabajadores
   b) Cumplir únicamente un requisito documental
   c) Evitar capacitaciones
   d) Ninguna de las anteriores

8. **La inducción corporativa tiene como finalidad principal:**
   a) Entregar únicamente información administrativa al trabajador
   X b) Garantizar que el trabajador conozca la empresa, sus políticas, riesgos y responsabilidades
   c) Cumplir un requisito documental sin impacto operativo
   d) Evaluar la experiencia laboral previa

9. **Dentro del proyecto Parque Guacamayas y Mirador Altamira Chiguaza, cada trabajador es responsable de:**
   a) Cumplir únicamente con las órdenes del jefe inmediato
   X b) Reportar actos y condiciones inseguras y cumplir los lineamientos ambientales y SST
   c) Delegar los temas ambientales al residente de obra
   d) Ignorar situaciones que no afecten directamente su labor

10. **La cultura organizacional del Consorcio se fortalece cuando los trabajadores:**
    a) Actúan solo cuando hay supervisión
    b) Cumplen normas por obligación
    X c) Participan activamente, practican el autocuidado y respetan la comunidad
    d) Se enfocan únicamente en terminar rápido la obra

RESPUESTAS CORRECTAS: 10/10
CALIFICACIÓN:



CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	**Código:** GH-FO-01
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN AMBIENTAL Y SST	**Versión:** 1
		Fecha: Enero de 2026

FECHA DD: 28 MM: 08 AA: 26

1. DATOS GENERALES

NOMBRE:	Helmer Garces	**FIRMA:**	Helmer
CARGO:	Jaiver Alvarez		
TEMA:	**INDUCCIÓN** X	**REINDUCCIÓN**	
RESPONSABLE DE APLICAR LA PRUEBA:	Jaiver Esteban Alvarez		

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

1. ¿CUÁLES SON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA SST?

X a. Identificación, evaluación y valoración de riesgos, cumplir con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales, Proteger la integridad de los colaboradores de la compañía.
b. Proveer productos y servicios pertinentes
c. Talento humano competente, recursos técnicos y financieros y mejor eficiencia de las actividades.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ES PERMITIDO EL ALCOHOL, EL TABACO Y LAS DROGAS EN INGERDICON?

a. Afectan el ambiente de trabajo
b. Potencializan los riesgos ocupacionales
c. Amenazan la salud física y mental.
X d. Todas las anteriores

3. ¿QUE CONTIENE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)?

X a. Actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial.
b. Actividades de recreación, salud e integración
c. Actividades para el mejoramiento continuo
d. Actividades y programas para control médicos generales

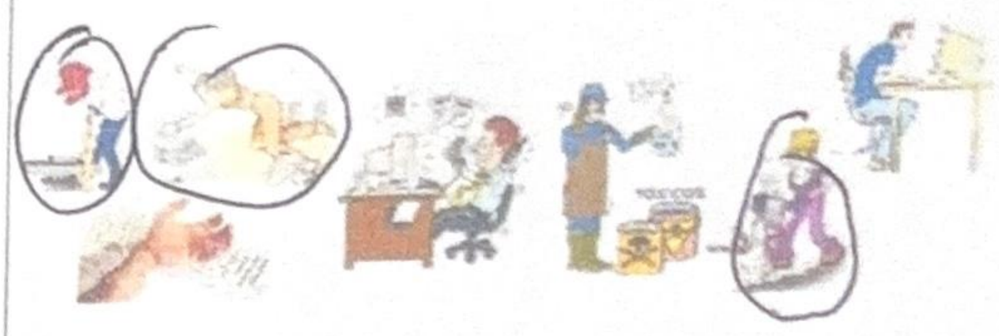
4. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL SG-SST?

a. Comunicar las actividades de recreación y citas médicas
b. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
c. Mantener actualizado al personal acerca de los temas de capacitación
X Preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones

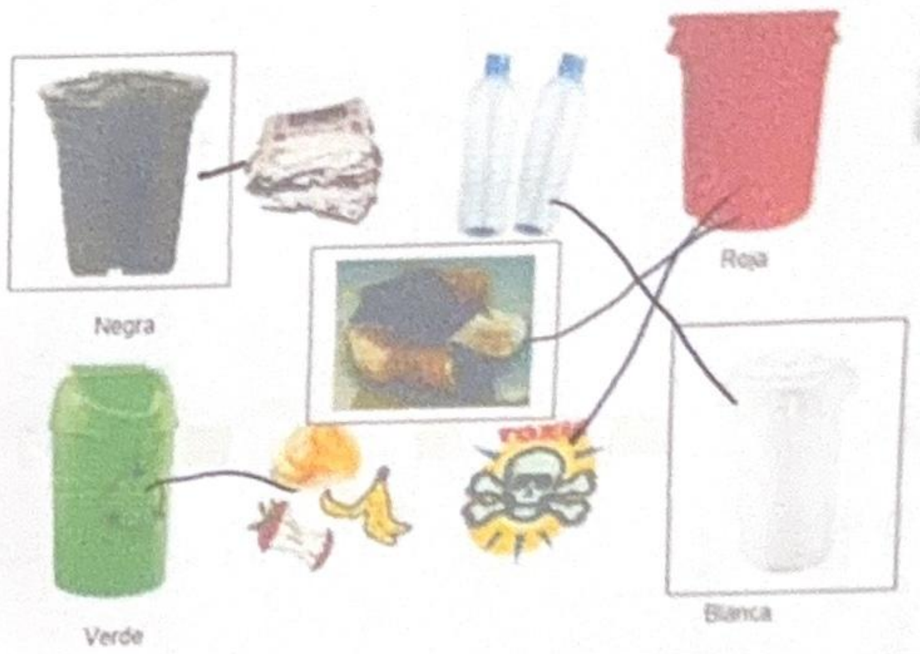
5. INDIQUE CON UNA FLECHA LA RELACIÓN ENTRE CADA UNO DE LOS PROGRAMAS Y CONCEPTOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN

ACCIDENTE DE TRABAJO	La contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
INCIDENTE	Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con este, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos
ENFERMEDAD LABORAL	todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte

6. ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS RIESGOS A LOS QUE PUEDEESTAR EXPUESTO EN SU LUGAR DE TRABAJO.



7. SEÑALE CON UNA LINEA EL RESIDUO QUE CORRESPONDE A CADA CANECA SEGÚN EL NUEVO CODIGO DE COLORES



8. ¿QUE ES MEDIO AMBIENTE?

X a. Entorno integral que rodea a los seres vivos, compuesto por elementos naturales.
b. Incluye aire, agua, suelo y energía solar.
c. Elementos creados por la sociedad.
d. Todo lo que rodea a un ser vivo o a un sistema

9. ¿QUE ES CONTAMINACIÓN?

X a. La contaminación es la presencia de sustancias o materiales en el ambiente que causan efectos adversos en los seres vivos y en la salud de las personas.
b. Eliminación de componentes de la naturaleza.
c. Destrucción de hábitats de especies únicas.
d. Conversión directa y/o inducida de la cobertura de bosque

PREGUNTAS CORRECTAS: 9/9
CALIFICACIÓN:

	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código: GH-FO-03 Versión: 1 Fecha: Enero 2026 Pagina 1 de 1

Nombre empleado: Javier Rivera — Consorcio MitiPark

ACTIVIDAD REALIZADA	TEMAS TRATADOS
Inducción HSEQ	
Reinducción	
Charla de 5 minutos	
Curso y Taller	
Simulacro y Capacitación	
Otro. Cuál?	Capacitación Rotulado de Sustancias Químicas 29/08/26

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FIRMA
1	Duban Pulzo	Ayudante	Duban Pulzo
2	Johan Toledo	Boal	Johan Toledo
3	Julian Vergara Leon	Ayudante	
4	Orlando Toledo	Oficial	
5	Juan Sabalata	Ayudante	
6	Ricardo Salcedo	"	
7	Raul Rivera Ramirez	Boald	
8	Helmer Garces	Ayudante	Helmer
9	Jamer	Ayudante	Jamer
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

ANEXO 4.

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PULIDORA

Version 1

SEMANA DEL: 24/08 **AL** 30/08 **EMPRESA:** Consorcio Mitipark **LOCALIZACIÓN** Parque Guacamayas

MODELO: Dx 351 V

VERIFICADO POR : Edgar Gutierrez Teller **MARCA:** CAT

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Extensión Eléctrica										C												
Estado de clavija										C												
estado de guardas										C												
tuerca de sujeción de disco										C												
Interruptor de encendido										C												
Guardas de seguridad del disco										C												
Estado del disco										C												
Estado de la carcasa										C												
Mango Lateral										C												
Mango principal										C												

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR
Edgar Gutierrez.	1092348064

El encargado debe verificar diariamente que el formato esté totalmente diligenciado.

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DEL HÁBITAT

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PULIDORA

Version 1

SEMANA DEL: 18/08/26 AL 23/08/26

EMPRESA: Consorcio Mitipark

LOCALIZACIÓN Guacamayas

MODELO: CAT DX 351

VERIFICADO POR: Jaiver Esteban Alvarez

MARCA: CAT

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Extensión Eléctrica							C															
Estado de clavija							C															
estado de guardas							C															
tuerca de sujeción de disco							C															
Interruptor de encendido							C															
Guardas de seguridad del disco							C															
Estado del disco							C															
Estado de la carcasa							C															
Mango Lateral							C															
Mango principal							C															

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR
Duban Pulido	1010 049 046

El encargado debe verificar diariamente que el formato esté totalmente diligenciado.

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

CONSORCIO MITIPARK	SISTEMA DE GESTION INTEGRAL FORMATO	SST-FT-15 Fecha: 28/04/2026 Versión: 01
Preoperacional Vibrocompactador tipo canguro		

PROYECTO Parque Guacamayas	LUGAR Guacamayas
MARCA	OPERADOR Carlos Espinoza
MODELO	SEMANA DEL 18 AL 23 DEL 08 AÑO 2026

Favor marcar según el caso:
B: Si es Bueno (Sin fisuras, Sin golpes, Desgastes, Corrosión, Sin Hendiduras o grietas)
M: Si es Malo (Roto, Desgaste excesivo, Fisuras, Corrosión, Golpes, Impregnación de químicos o Hend
NA: Si No Aplica

ITEM	DESCRIPCIÓN	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
ESTADO MECÁNICO	1. Condiciones de aseo y presentación.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	2. Fugas de aceite.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	3. Funcionamiento de motor	✓	B	B	✓	✓	✓	
	4. Nivel de aceite de motor	✓	B	B	✓	✓	✓	
	5. Nivel de combustible	✓	B	B	✓	✓	✓	
	6. Estado Filtro de aire.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	7. Estado de sistema de escape.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	8. Funcionamiento de acelerador	✓	B	B	✓	✓	✓	
	9. Sistema de alimentación de combustible	✓	B	B	✓	✓	✓	
	10. Fugas de combustible	✓	B	B	✓	✓	✓	
	11. Sistema de arranque manual.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	12. Funcionamiento de sistema de transmisión	✓	B	B	✓	✓	✓	
	13. Estado de guardas.	✓	B	B	✓	✓	✓	
	14. Estado de manubrio	✓	B	B	✓	✓	✓	
	15. Estado y funcionamiento de palanca de control	✓	B	B	✓	✓	✓	
	16.Kit ambiental.	✓	B	B	✓	✓	✓	
		✓			✓	✓	✓	

Observaciones:

Firma Operador:	Firma Entrega

CONSORCIO MITIPARK	REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	INSPECCIÓN DE EXTINTORES	Version 1

FECHA : 19/08/2026

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN : Jaiver Esteban Alvarez

CARGO : Residente SST

CONVENCIONES:
C = CUMPLE
N = NO CUMPLE
N.A = NO APLICA

N°.	N°. DE INVENTARIO	Está en su lugar adecuado	Tiene señalización	El acceso está libre	Presintos estan colocados y en buen estado	Pasador de seguridad en su lugar	La presión es correcta	Manómetro en buen estado	Estado de la manguera de descarga y de la boquilla	Estado general del cilindro	Tiene instrucciones de operación.	Tarjeta de inspección perforada	Si es con capsula está colocada	Estado general de los reguladores	Válvula de Operación en posición de operación.	FECHA FABRICACION DEL CILINDRO	CAPACIDAD NORMAL	AGENTE EXTINTOR	FECHA DE CARGADO	UBICACIÓN DEL EQUIPO	ESTADO			OBSERVACIONES
																					B	R	M	
1	1	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N.A	C	C	06/26	10 Lb	ABC	06/26	Oficina	✓			
2	2	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N.A	C	C	06/26	10 Lb	ABC	06/26	Retro	✓			
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								

FIRMA RESIDENTE DE OBRA	FIRMA SST- AMBIENTAL	FECHA PROXIMA INSPECCION:	SEGUIMIENTO:
		30/09/2026	

CONSORCIO MITIPARK		INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN			SST-FT-14 Fecha: 15/05/2026 Versión: 02
		DOCUMENTO CONTROLADO			
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		Jaiver Esteban Alvarez			
FECHA DE INSPECCIÓN		19/08/2026			
TIPO DE BOTIQUÍN		FIJO _____		PORTATIL _X_	
Nº	ELEMENTOS	VERIFICACIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1	Botiquín ubicado de forma visible y accesible (aplica para botiquín fijo)	✓			
2	Botiquín señalizado	✓			
	MATERIAL PARA LIMPIEZA Y PROTECCIÓN DE LOS TEJIDOS				
3	Gasas esterilizadas en paquete	✓			
4	Esparadrapo de tela rollo de 4"	✓			
5	Venda elástica 2 x 5 yardas	✓			
6	Venda elástica 3 x 5 yardas	✓			
7	Venda elástica 5 x 5 yardas	✓			
8	Venda de algodón 3 x 5 yardas	✓			
9	Venda de algodón 5 x 5 yardas	✓			
10	Yodopovidona (Jabón quirúrgico)	✓			
11	Solución salina 250 cc ó 500 cc	✓			
12	Alcohol antiséptico frasco por 275ml	✓			
	MATERIAL PARA INMOVILIZAR				
13	Baja lenguas en madera	✓			
14	Camilla rígida con cinturones de sujeción (verificar estado y ubicación)	✓			
	MATERIAL DE APOYO				
15	Tapabocas	✓			
16	Guantes de Látex desechables	✓			
17	Tijeras	✓			
18	Termómetro	✓			
OTROS:					
FIRMA RESPONSABLE INSPECCIÓN C.C 1018475894					

CONSORCIO MITIPARK		INSPECCIÓN DE CAMILLA		SST-FT-14 Fecha: 15/05/2026 Versión: 02
		DOCUMENTO CONTROLADO		
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		Jaiver Esteban Alvarez Guacamayas		
FRENTE DE OBRA				
FECHA DE INSPECCIÓN		19/08/2026		
Nº	**ELEMENTOS**	**VERIFICACIÓN**		**OBSERVACIONES**
		SI	**NO**	
1	Instalación (Sitio de ubicación)	✓		
2	Señalización	✓		
3	Estado del soporte	✓		
4	Correas de seguridad	✓		
5	Sugetadores para agarre	✓		
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓		
OTROS:				
FIRMA RESPONSABLE INSPECCIÓN C.C 1018475949				

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA

Versión 1

SEMANA DEL: 24-08-26 AL 30-08-26

EMPRESA: mitipark

LOCALIZACIÓN: Guacamayas

MODELO: 2018

VERIFICADO POR: Renzo Romero

MARCA: Hitachi

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NG	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Luces delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Luces traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Tabla de carga en lugar visible	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Espejos laterales		X			X			X			X			X			X					
Cinturón de seguridad	✓			✓			✓				X			X			X					
Extintor contra fuego incipiente		X			X			X			X			X		✓						
Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Vidrio panorámico en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Indicadores (hidráulico - refrigerantes – horómetro -corriente - aceite de motor)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Control ingreso humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Alarma de retroceso - pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Escaleras y apoyo de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Baterías y cables	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Control de fugas hidráulicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Estado de pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Orugas tensionadas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mecanismo de giro (tornamesa)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Corona de tornamesa en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de estacionamiento	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Estado general desgarrador (balde)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de levante del brazo	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando final	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Cilindros en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Compartimiento del motor aseado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Manguera de agua y de alta presión	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Zapatas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Rodillos inferiores y superiores	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Balde y gancho original en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR						
Renzo Romero	1023755.67						

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple — Cumple

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CINGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

Version 1

SEMANA DEL: 26-08-2026 AL 29-08-2026

EMPRESA: mitipark

LOCALIZACIÓN: GUACAMAYAS

MODELO: 336D

VERIFICADO POR: DAVID REINA

MARCA: CATERPILLAR

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
De trabajo delanteras	C			C			C			C			C			C						
De trabajo traseras	C			C			C			C			C			C						
Direccionales			X			X			X			X			X			X				
De parqueo			X			X			X			X										
Protección antivuelco	C			C			C			C			C			C						
Cinturón de seguridad	C			C			C			C			C			C						
Extinguidor de incendios 10 Lbs PQS	C			C			C			C			C			C						
Indicadores (Hidráulico, temperatura motora, corriente, horómetro, aceite -motor)	C			C			C			C			C			C						
Control ingreso humo (tubo de escape).	C			C			C			C			C		X			X				
Asiento buen estado			X			X			X			X	C			C						
Vidrio panorámico en buen estado (Laterales)	C			C			C			C			C			C						
Alarma de Retroceso	C			C			C			C			C			C						
Pito	C			C			C			C			X		X			X				
Apoyos de acceso			X			X			X	C			C			C						
Espejos laterales	C			C			C			C			C			C						
Espejo central convexo	C			C			C			C			C			C						
Palancas de mando en buen estado	C			C			C			C			C			C						
Frenos (de emergencia, servicio)	C			C			C			C			C			C						
Dirección (sin juego, vibración, ruidos raros)	C			C			C			C			C			C						
Control de fugas hidráulicas, de aceite	C			C			C			C			C			C						
Estado del balde (pasadores, dientes, operación)	C			C			C			C			C			C						
Estado del brazo (pasadores, mangueras operación)	C			C			C			C			C			C						
Estado de los gatos de estabilización	C			C			C			C			C			C						
Frenos (balde, brazo, compactador, taladro)	C			C			C			C			C			C						
Mandos de levante de brazo	C			C			C			C			C			C						
Estado (balde, brazo, compactador, taladro)	C			C			C			C			C			C						
Brazos del cucharon (pasadores, cilindros)	C			C			C			C			C			C						
Operación del cucharon	C			C			C			C			C			C						
Frenos del brazo y cucharon	C			C			C			C			C			C						
Estado (sin abultamientos, cortadas, leas)	C			C			C			C			C			C						
Huellas en buen estado > 5mm	C			C			C			C			C			C						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR								
DAVID SULIAN REINA H	1053350277	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA	DAVID REINA		

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL

CONSORCIO MITIPARK

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

Versión: 1

SEMANA DEL 15-08-26 AL 22-08-26

EMPRESA: MITIPARK

LOCALIZACIÓN GUACAMAYAS

MODELO: 236 D

MARCA: CATERPILLAR

VERIFICADO POR: DAVID REINA

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
De trabajo delanteros				C			C			C			C			C						
De trabajo traseras				C			C			C			C			C						
Direccionales						X			X			X			X			X				
De parqueo						X			X	C			C			C						
Protección antivuelco				C			C			C			C			C						
Cinturón de seguridad				C			C			C			C			C						
Extinguidor de incendios 10 Lbs PQS				C			C			C			C			C						
Indicadores (Hidraulico, temperatura motore, corriente, horómetro, aceite -motor)				C			C			C			C			C						
Control ingreso humo (tubo de escape).						X			X			X			X			Y				
Asiento buen estado				C			C			C			C			C						
Vidrio panorámico en buen estado (Laterales)				C			C			C			C		X	C						
Alarma de Retroceso				C			C			C		X			X			X				
Pito						X			X	C			C			C						
Apoyos de acceso				C			C			C			C			C						
Espejos laterales				C			C			C			C			C						
Espejo central convexo				C			C			C			C			C						
Palancas de mando en buen estado				C			C			C			C			C						
Frenos (de emergencia, servicio)				C			C			C			C			C						
Dirección (sin juego, vibración, ruidos raros)				C			C			C			C			C						
Control de fugas hidráulicas, de aceite				C			C			C			C			C						
Estado del balde (pasadores, dientes, operación)				C			C			C			C			C						
Estado del brazo (pasadores, mangueras operación)				C			C			C			C			C						
Estado de los gatos de estabilización				C			C			C			C			C						
Frenos (balde, brazo, compactador, taladro)				C			C			C			C			C						
Mandos de levante de brazo				C			C			C			C			C						
Estado (balde, brazo, compactador, taladro)				C			C			C			C			C						
Brazos del cucharon (pasadores, cilindros)				C			C			C			C			C						
Operación del cucharon				C			C			C			C			C						
Frenos del brazo y cucharon				C			C			C			C			C						
Estado (sin abultamientos, cortados, leas)				C			C			C			C			C						
Huellas en buen estado > 5mm				C			C			C			C			C						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR
DAVID JULIAN REINA H	1053350277

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA

Versión 1

SEMANA DEL 18-08-26 AL 23-08-26 | EMPRESA: M.Park | LOCALIZACION Guacamayas

VERIFICADO POR: Kenzo Romero | MODELO: 2016 | MARCA: Hitachi

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Luces delanteras				✓			✓			✓			✓			✓						
Luces traseras				✓			✓			✓			✓			✓						
Tabla de carga en lugar visible				✓			✓			✓			✓			✓						
Espejos laterales				X			X			X			X			X						
Cinturón de seguridad				✓			✓			✓			✓			✓						
Extintor contra fuego incipiente				X			X			X			X			X						
Asiento en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓						
Vidrio panorámico en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓						
Indicadores (hidráulico - refrigerantes – horómetro -corriente - aceite de motor)				✓			✓			✓			✓			✓						
Control ingreso humo (tubo de escape)				✓			✓			✓			✓			✓						
Alarma de retroceso - pito				✓			✓			✓			✓			✓						
Escaleras y apoyo de acceso				✓			✓			✓			✓			✓						
Baterías y cables				✓			✓			✓			✓			✓						
Control de fugas hidráulicas				✓			✓			✓			✓			✓						
Estado de pasadores				✓			✓			✓			✓			✓						
Orugas tensionadas				✓			✓			✓			✓			✓						
Mecanismo de giro (tornamesa)				✓			✓			✓			✓			✓						
Corona de tornamesa en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓						
Mandos de avance				✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de estacionamiento				✓			✓			✓			✓			✓						
Estado general desgarrador (balde)				✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de levante del brazo				✓			✓			✓			✓			✓						
Mando final				✓			✓			✓			✓			✓						
Cilindros en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓						
Compartimiento del motor aseado				✓			✓			✓			✓			✓						
Manguera de agua y de alta presión				✓			✓			✓			✓			✓						
Zapatas				✓			✓			✓			✓			✓						
Rodillos inferiores y superiores				✓			✓			✓			✓			✓						
Balde y gancho original en buen estado				✓			✓			✓			✓			✓						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR																					
Kenzo Romero	1033755167	✓																				

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL MINI CARGADOR

Version 1

SEMANA DEL 03-08-26 AL 03-08-26 | EMPRESA: Mitipark | LOCALIZACIÓN Guacamayas

MODELO: 236D

VERIFICADO POR: Joran Piedrahita | MARCA: caterpilar

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
De trabajo delanteras	C			C			C			C			C									
De trabajo traseras	C			C			C			C			C									
Direccionales			X			X			X			X			X							
De parqueo			X			X			X			X			X							
Protección antivuelco	C			C			C			C			C									
Cinturón de seguridad	C			C			C			C			C									
Extinguidor de incendios 10 Lbs PQS	C			C			C			C			C									
Indicadores (Hidráulico, temperatura motora, corriente, horómetro, acete motor)	C			C			C			C			C									
Control ingreso humo (tubo de escape).	C			C			C			C			C									
Asiento buen estado	C			C			C			C			C									
Vidrio panorámico en buen estado (Laterales)			X			X	X		X			X			X							
Alarma de Retroceso	C			C			C			C			C									
Pito	C			C			C			C			C									
Apoyos de acceso	C			C			C			C			C									
Espejos laterales			X			X	X		X			X			X							
Espejo central convexo	C			C			C			C			C									
Palancas de mando en buen estado	C			C			C			C			C									
Frenos (de emergencia, servicio)	C			C			C			C			C									
Dirección (sin juego, vibración, ruidos raros)	C			C			C			C			C									
Control de fugas hidráulicas de aceite	C			C			C			C			C									
Estado del balde (pasadores, dientes, operación)	C			C			C			C			C									
Estado del brazo (pasadores, mangueras operación)	C			C			C			C			C									
Estado de los gatos de estabilización	C			C			C			C			C									
Frenos (balde, brazo, compactador, taladro)	C			C			C			C			C									
Mandos de levante de brazo	C			C			C			C			C									
Estado (balde, brazo, compactador, taladro)	C			C			C			C			C									
Brazos del cucharon (pasadores, cilindros)	C			C			C			C			C									
Operación del cucharon	C			C			C			C			C									
Frenos del brazo y cucharon	C			C			C			C			C									
Estado (sin abultamientos, cortadas, leas)	C			C			C			C			C									
Huellas en buen estado > 5mm	C			C			C			C			C									

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR
Joran Piedrahita	

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple — cumple

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CERQUEAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA

Versión: 1

SEMANA DEL 10-08-16 AL 16-08-16 | EMPRESA m.t.park | LOCALIZACION Guacamayas

MODELO 2021

VERIFICADO POR Pedro Romero | MARCA M.Tech

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Luces delanteras	/			/			/			/			/			/						
Luces traseras	/	X		/			/			/			/			/						
Tarjeta de cargo en lugar visible	/				X			X			X											
Espejos laterales		X		/			/			/			/			/						
Cinturón de seguridad	/				X			X				X		X								
Extintor contra fuego incipiente	/			/			/			/			/			/						
Asiento en buen estado	/			/			/			/			/			/						
Visibilidad panorámica en buen estado	/			/			/			/			/			/						
Indicadores (hidráulico - refrigerantes - horómetro - corriente - aceite de motor)	/			/			/			/			/			/						
Control ingreso humo (tubo de escape)	/			/			/			/			/			/						
Alarma de retroceso - pito	/			/			/			/			/			/						
Escaleras y apoyo de acceso	/			/			/			/			/			/						
Baterías y cables	/			/			/			/			/			/						
Control de fugas hidráulicas	/			/			/			/			/			/						
Estado de pasadores	/			/			/			/			/			/						
Orugas tensionadas	/			/			/			/			/			/						
Mecanismo de giro (tornamesa)	/			/			/			/			/			/						
Corona de tornamesa en buen estado	/			/			/			/			/			/						
Mandos de avance	/			/			/			/			/			/						
Mando de estacionamiento	/			/			/			/			/			/						
Estado general desgarrador (balde)	/			/			/			/			/			/						
Mando de levante del brazo	/			/			/			/			/			/						
Mando final	/			/			/			/			/			/						
Cilindros en buen estado	/			/			/			/			/			/						
Compartimiento del motor aseado	/			/			/			/			/			/						
Manguera de agua y de alta presión	/			/			/			/			/			/						
Zapatas	/			/			/			/			/			/						
Rodillos inferiores y superiores	/			/			/			/			/			/						
Balde y gancho original en buen estado	/			/			/			/			/			/						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR						
Pedro Romero	1033755167						

OBSERVACIONES:

Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple Cumple

CONSORCIO MITIPARK

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL RETROEXCAVADORA

Versión 1

SEMANA DEL 03 08 26 AL 08 08 26 | EMPRESA: Mi.Ti.Park | LOCALIZACIÓN: Guacamayas

MODELO: 2018

VERIFICADO POR: Renzo Romero | MARCA: Hitachi

DILIGENCIE CON UNA "X" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

ITEM	LUN			MAR			MIER			JUE			VIE			SABA			DOM			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
Luces delanteras	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Luces traseras	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Tapón de cargo en lugar visible	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Espejos laterales		X			X			X			X			X			X					
Cinturón de seguridad	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Extintor contra fuego incipiente		X			X			X			X			X			X					
Asiento en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Visible panorámico en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Indicadores (hidráulico - refrigerantes - horómetro -combustible - aceite de motor)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Control ingreso humo (tubo de escape)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Alarma de retroceso - pito	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Escaleras y apoyo de acceso	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Baterías y cables	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Control de fugas hidráulicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Estado de pasadores	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Orugas tensionadas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mecanismo de giro (tornamesa)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Corona de tornamesa en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mandos de avance	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de estacionamiento	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Estado general desgarrador (balde)	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando de levante del brazo	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Mando final	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Cilindros en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Compartimiento del motor aseado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Manguera de agua y de alta presión	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Zapatas	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Rodillos inferiores y superiores	✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Balde y gancho original en buen estado	✓			✓			✓			✓			✓			✓						

NOMBRE DE OPERADOR	CEDULA DE OPERADOR									
Renzo Romero	1033758164									

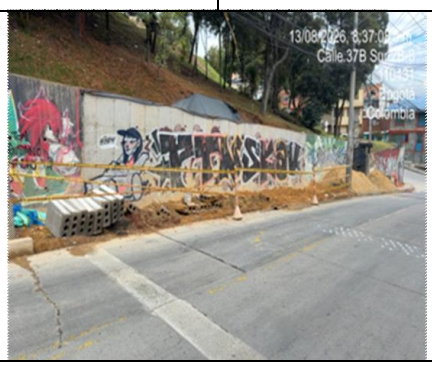
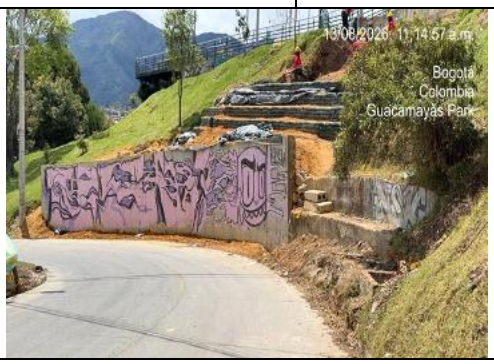
OBSERVACIONES:

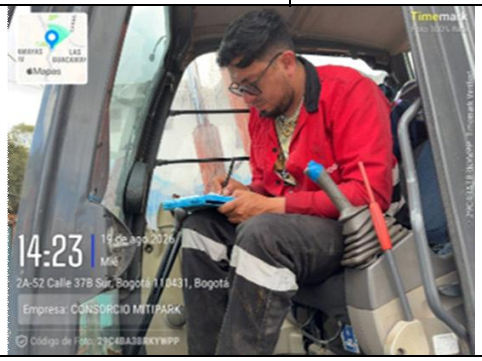
Sugerencias?

C: Cumple / NC: No cumple — Cumple

ANEXO **5**.

CONSORCIO MITIPARK	**REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DEL HÁBITAT
	REGISTRO FOTOGRÁFICO	Version 1

PERIODO: AGOSTO 2026		**RESIDENTE SST: JAIVER ESTEBAN ALVAREZ**	
			
LUGAR: ZONA COMÚN		**LUGAR: ÁREA DE TRABAJO**	
ZONA: CAI		**ZONA: 1**	
DESCRIPCIÓN: Señalización de contenedor		**DESCRIPCIÓN: Orden y aseo de obra**	
FECHA: 06/08/2026	**FOTO: 01**	**FECHA: 06/08/2026**	**FOTO: 02**
			
LUGAR: ÁREA DE TRABAJO		**LUGAR: ÁREA DE TRABAJO**	
ZONA: 1		**ZONA: 2**	
DESCRIPCIÓN: Señalización de obra		**DESCRIPCIÓN: Señalización de obra**	
FECHA: 06/08/2026	**FOTO: 03**	**FECHA: 13/08/2026**	**FOTO: 04**
			
LUGAR: MURO GAVIONES		**LUGAR: ZONA COMÚN**	
ZONA: GAVIONES - TALUD		**ZONA: 2**	
DESCRIPCIÓN: Estabilización de Talud		**DESCRIPCIÓN: Protección de material petreo**	
FECHA: 13/08/2026	**FOTO: 05**	**FECHA: 13/08/2026**	**FOTO: 06**

			
LUGAR: ÁREA DE TRABAJO		**LUGAR: CONTENEDOR**	
ZONA: 2		**ZONA: CONTENEDOR**	
DESCRIPCIÓN: Limpieza y instalacion de tierra negra		**DESCRIPCIÓN: Limpieza de contenedor**	
FECHA: 21/08/2026	**FOTO: 07**	**FECHA: 13/08/2026**	**FOTO: 08**
			
LUGAR: PUNTO PAC		**LUGAR: ZONA COMÚN**	
ZONA: 1		**ZONA: 2**	
DESCRIPCIÓN: Entrega de EPP y dotación		**DESCRIPCIÓN: DESCAPOTE Y LIMPIEZA DE ÁREAS**	
FECHA: 10/08/2026	**FOTO: 09**	**FECHA: 27/08/2026**	**FOTO: 10**
			
LUGAR: ÁREA DE TRABAJO		**LUGAR: PUNTO PAC**	
ZONA: 1		**ZONA: 1**	
DESCRIPCIÓN: Actividad de lavado de piso caucho		**DESCRIPCIÓN: Entrega de EPP y dotación**	
FECHA: 19/08/2026	**FOTO: 11**	**FECHA: 19/08/2026**	**FOTO: 12**
			

LUGAR: CONTENEDOR		**LUGAR: ÁREA DE TRABAJO**	
ZONA: CONTENEDOR		**ZONA: 2**	
DESCRIPCIÓN: Entrega de preoperacional		**DESCRIPCIÓN: Entrega de EPP y dotación**	
FECHA: 19/08/2026	**FOTO: 13**	**FECHA: 20/08/2026**	**FOTO: 14**
			
LUGAR: SALON COMUNAL		**LUGAR: ÁREA DE TRABAJO**	
ZONA: SALON COMUNAL		**ZONA: 1**	
DESCRIPCIÓN: Comité mi habitat		**DESCRIPCIÓN: Señalización de obra**	
FECHA: 18/08/2026	**FOTO: 15**	**FECHA: 20/08/2026**	**FOTO: 16**
			
LUGAR: ZONA COMÚN		**LUGAR: ÁREA DE TRABAJO**	
ZONA: 2		**ZONA: 2**	
DESCRIPCIÓN: Charla de seguridad		**DESCRIPCIÓN: Capacitación sustancias quimicas**	
FECHA: 28/08/2026	**17**	**FECHA: 29/08/2026**	**FOTO: 18**

ANEXO **6**.

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	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK	KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	OPERATIVA	02	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
		94684865	03/09/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$12,852,131	$3.977.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	168.200	0		0		0	0	0	0	168.200	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	7.100	0		0		0	0	0	0	7.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.700	0		0		0	0	0	0	60.700	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	60.700	0		0		0	0	0	0	60.700	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	7.100	0		0		0	0	0	0	7.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	326.900	0	0	0	0	0	0		326.900	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.457.100	0	0	0	0	0	0		1.457.100	7
231001	Colfondos	800227940-6	242.800	0	0	0	0	0	0		242.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	28.100	0	0	0	0	0	0		28.100	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	894.200				894.200	0	0	894.200			8.942	894.200	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	514.600	0	0	514.600	11

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	7	514.100	514.100
Pensión	4	2.054.900	2.054.900
Riesgos Laborales	1	894.200	894.200
CCF	1	514.600	514.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	3.977.800	3.977.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK	KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	OPERATIVA / 02	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
		94684865	03/09/2026	11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$12,852,131	$3.977.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000934954	SALCEDO GARCIA JUAN SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	641.999	11	102.800	0	0	0	0	EPS002	641.999	11	25.700	14-4	641.999	11	5	44.700	CCF24	641.999	11	25.700	0	0	0	0	0
2	CC 1006616285	EPINAYU URIANA CARLOS ALBERTO	1	0			S	X																230301	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPSC34	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	5	105.700	CCF24	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
3	CC 1010049046	PULIDO RODRIGUEZ DUBAN STIVEN	1	0			S	X																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1023863155	HIDALGO RIAÑO ORLANDO	1	0			S	X																231001	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPS002	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	5	105.700	CCF24	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0
5	CC 1031137253	SALCEDO GARCIA RICARDO ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 1063354591	GUZMAN MARTINEZ ARNOL ENRIQUE	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 1073251484	PULIDO PELAEZ JOHAN ALEXANDER	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1111815776	GARCES CASTRO HELMER ESTIVEN	1	0			S	X																230301	175.091	3	28.100	0	0	0	0	EPS037	175.091	3	7.100	14-4	175.091	3	5	12.200	CCF24	175.091	3	7.100	0	0	0	0	0
9	CC 1127580626	CHIQUILLO BLANCO ANDRES EDUARDO	1	0			S	X	X															230201	291.818	5	46.700	0	0	0	0	EPS002	291.818	5	11.700	14-4	291.818	5	5	20.400	CCF24	303.977	5	12.200	0	0	0	0	0
10	CC 1143234009	DE LA CRUZ RABALES JAMER ALBERTO	1	0			S	X																25-14	175.091	3	28.100	0	0	0	0	ESSC07	175.091	3	7.100	14-4	175.091	3	5	12.200	CCF24	175.091	3	7.100	0	0	0	0	0
11	CC 1143463350	GARCIA POLO MICHAEL DE JESUS	1	0			S	X																230301	1.517.451	26	242.800	0	0	0	0	EPS041	1.517.451	26	60.700	14-4	1.517.451	26	5	105.700	CCF24	1.517.451	26	60.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	19386436-3	RAUL SANCHEZ NUMPAQUE	KR 13 31H SUR 40 B02 CASA 101	6201110	recursos.afiliaciones20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	OPERATIVA	01	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
94724894	31/08/2026	95214225	16/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	N	$583,635	$37.800	

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					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	37.600				37.600	7	200	37.800			376	37.800	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	37.600	37.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	37.600	37.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	19386436-3	RAUL SANCHEZ NUMPAQUE	KR 13 31H SUR 40 B02 CASA 101	6201110	recursos.afiliaciones20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	OPERATIVA / 01	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
94724894	31/08/2026	95214225	16/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	N	$583,635	$37.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1029280991	VERGARA LEON JULIAN ALEJANDRO	1	0			S	X																25-14	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS005	583.635	10	23.400	14-4	583.635	10	5	40.700	CCF24	583.635	10	23.400	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	74366032	JORGE ELIECER BAEZ GALINDO	KR 58 129C 03	2292862	JORGEBAEZG@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94831988	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74366032	JORGE ELIECER BAEZ GALINDO	KR 58 129C 03	2292862	JORGEBAEZG@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94831988	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

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	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 74366032	BAEZ GALINDO JORGE ELIECER	3	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1053341438	MIGUEL ANGEL TORRES PEÑA	Calle 131#19-72 apto 102	3105807989	migueltorres9306@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94683238	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1053341438	MIGUEL ANGEL TORRES PEÑA	Calle 131#19-72 apto 102	3105807989	migueltorres9306@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94683238	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$499.100	

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	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1053341438	TORRES PEÑA MIGUEL ANGEL	3	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901951607-9	ENERGIA DESARROLLO Y TECNOLOGIA SOSTENIBLE SAS	TV 35 37 SUR 73	3147125284	gerencia.edsaing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	JULIO	BOGOTA	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
		95057862	09/09/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$4,750,905	$1.383.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	190.100	0		0		0	7	1.000	0	191.100	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	760.200	0	0	0	0	7	4.000	0	764.200	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	330.700				330.700	7	1.800	332.500			3.307	332.500	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	95.100	7	500	95.600	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	190.100	191.100
Pensión	1	760.200	764.200
Riesgos Laborales	1	330.700	332.500
CCF	1	95.100	95.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.376.100	1.383.400

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
NI	901951607-9	ENERGIA DESARROLLO Y TECNOLOGIA SOSTENIBLE SAS		TV 35 37 SUR 73	3147125284	gerencia.edsaing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	JULIO	BOGOTA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95057862	09/09/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$4,750,905	$1.383.400	

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	Excepción	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 1084867205	GORDO MEDINA MIGUEL ANGELO	1	0				S																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0
2	CC 17415611	MAHECHA ROJAS ROBERT ALONSO	1	0				S																230301	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	902006407-3	CONSORCIO MITIGACION POR BOGOTA	CL 22C NO. 20 - 02	7560904	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93843325	30/07/2026	13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$38,376,001	$11.812.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	288.100	0		0		0	0	0	0	288.100	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	320.000	0		0		0	0	0	0	320.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	464.200	0		0		0	0	0	0	464.200	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	282.300	0		0		0	0	0	0	282.300	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	172.000	0		0		0	0	0	0	172.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	336.300	0	0	0	0	0	0		336.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	4.832.600	0	0	0	0	0	0		4.832.600	9
25-14	Colpensiones	900336004-7	936.200	0	0	0	0	0	0		936.200	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	2.645.100				2.645.100	0	0	2.645.100			26.451	2.645.100	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.535.400	0	0	1.535.400	13

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	1.526.600	1.526.600
Pensión	3	6.105.100	6.105.100
Riesgos Laborales	1	2.645.100	2.645.100
CCF	1	1.535.400	1.535.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	11.812.200	11.812.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	902006407-3	CONSORCIO MITIGACION POR BOGOTA		CL 22C NO. 20 - 02	7560904	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93843325	30/07/2026	13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$38,376,001	$11.812.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000363826	RAIGOSO IBAÑEZ JUAN SEBASTIAN	1	0			S																	25-14	2.194.178	28	351.100	0	0	0	0	EPS008	2.194.178	28	87.800	14-4	2.194.178	28	5	152.800	CCF24	2.194.178	28	87.800	0	0	0	0	0
2	CC 1000363826	RAIGOSO IBAÑEZ JUAN SEBASTIAN	1	0			S										X							25-14	156.727	2	25.100	0	0	0	0	EPS008	156.727	2	6.300	14-4	156.727	2	5	0	CCF24	156.727	2	6.300	0	0	0	0	0
3	CC 1010029356	BUITRAGO GONZALEZ LAURA VALENTINA	1	0			S																	25-14	3.500.000	30	560.000	0	0	0	0	EPS008	3.500.000	30	140.000	14-4	3.500.000	30	5	243.600	CCF24	3.500.000	30	140.000	0	0	0	0	0
4	CC 1012370416	CHAVES MACHADO WILLIAM CAMILO	1	0			S																	230301	2.250.905	30	360.200	0	0	0	0	EPS017	2.250.905	30	90.100	14-4	2.250.905	30	5	156.700	CCF24	2.250.905	30	90.100	0	0	0	0	0
5	CC 1012386555	GONZALEZ AMAYA EDISON ALBERTO	1	0			S																	230301	5.500.000	30	880.000	0	0	0	0	EPS005	5.500.000	30	220.000	14-4	5.500.000	30	5	382.800	CCF24	5.500.000	30	220.000	0	0	0	0	0
6	CC 1022393677	ENCISO RETAVIZCA DANNA CAROLINA	1	0			S																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	30	160.000	14-4	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
7	CC 1053850767	VALENCIA CANDIA MARIA CAMILA	1	0			S							x										230301	4.350.000	30	696.000	0	0	0	0	EPS002	4.350.000	30	174.000	14-4	4.350.000	30	5	302.800	CCF24	4.350.000	30	174.000	0	0	0	0	0
8	CC 79769282	GARCIA PINEDA ARCENIO	1	0			S	x																230201	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS002	350.181	6	14.100	14-4	350.181	6	5	24.400	CCF24	571.476	6	22.900	0	0	0	0	0
9	PT 5173785	VARGAS RODRIGUEZ JORGE LUIS	1	0			S																	230301	2.150.905	30	344.200	0	0	0	0	EPS017	2.150.905	30	86.100	14-4	2.150.905	30	5	149.800	CCF24	2.150.905	30	86.100	0	0	0	0	0
10	CC 1079990673	TORRES NAVARRO LUIS FERNANDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
11	CC 1096955144	BARAJAS GARCIA JONATAN	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-4	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
12	CC 1116790708	TRIGO FRANCO ANTHONY NIVER	1	0			S																	230301	4.300.000	30	688.000	0	0	0	0	EPS037	4.300.000	30	172.000	14-4	4.300.000	30	5	299.300	CCF24	4.300.000	30	172.000	0	0	0	0	0
13	CC 2997379	QUINTERO GAONA LUIS ALFREDO	1	0			S																	230301	2.650.905	30	424.200	0	0	0	0	EPS017	2.650.905	30	106.100	14-4	2.650.905	30	5	184.600	CCF24	2.650.905	30	106.100	0	0	0	0	0
14	CC 79767343	ROMERO ROJAS OSCAR JAVIER	1	0			S																	230301	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	30	100.000	14-4	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK	KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94684919	03/09/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	Y	$0	$487.600	

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					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	487.600				487.600	0	0	487.600			4.876	487.600	4

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	487.600	487.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	487.600	487.600

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	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK		KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94684919	03/09/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	Y	$0	$487.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1053341438	TORRES PEÑA MIGUEL ANGEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	14-4	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC 74366032	BAEZ GALINDO JORGE ELIECER	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	14-4	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	CC 80193184	RAMIREZ CALDERON OSCAR DARIO	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	14-4	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	CC 80791582	IDARRAGA SIERRA GABRIEL ANGEL	59	0			N																		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	14-4	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK	KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94684827	03/09/2026	9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$26,154,525	$8.098.600	

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	322.100	0		0		0	0	0	0	322.100	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	94.100	0		0		0	0	0	0	94.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	282.100	0		0		0	0	0	0	282.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	78.100	0		0		0	0	0	0	78.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.080.200	0	0	0	0	0	0		1.080.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.784.600	0	0	0	0	0	0		1.784.600	4
231001	Colfondos	800227940-6	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	920.200	0	0	0	0	0	0		920.200	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.820.600				1.820.600	0	0	1.820.600			18.206	1.820.600	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.046.500	0	0	1.046.500	9

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.046.500	1.046.500
Pensión	4	4.185.000	4.185.000
Riesgos Laborales	1	1.820.600	1.820.600
CCF	1	1.046.500	1.046.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	8.098.600	8.098.600

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	902021190-3	CONSORCIO MITIPARK	KR 07B No. 124 - 39 OFC 503	7560904	RH.AFILIACIONES2020@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94684827	03/09/2026	9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$26,154,525	$8.098.600	

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	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1000685224	ALFONSO AREVALO SHARIK	1	0			S																	230301	2.350.905	30	376.200	0	0	0	0	EPS005	2.350.905	30	94.100	14-4	2.350.905	30	5	163.700	CCF24	2.350.905	30	94.100	0	0	0	0	0
2	CC 1001508351	PIEDRAHITA VALLE JORAN DE JESUS	1	0			S																	230301	2.050.905	30	328.200	0	0	0	0	EPS017	2.050.905	30	82.100	14-4	2.050.905	30	5	142.800	CCF24	2.050.905	30	82.100	0	0	0	0	0
3	CC 1018475894	ALVAREZ SOTO JAIVER ESTEBAN	1	0			S																	25-14	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS002	3.800.000	30	152.000	14-4	3.800.000	30	5	264.500	CCF24	3.800.000	30	152.000	0	0	0	0	0
4	CC 1019080987	RODRIGUEZ RODRIGUEZ JHON JAIRO	1	0			S																	230201	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS017	5.000.000	30	200.000	14-4	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0
5	CC 1033755167	ROMERO ROJAS RENZO IYARI	1	0			S																	231001	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	30	100.000	14-4	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
6	CC 79539394	ZUÑIGA AVIRAMA HENRRY	1	0			S							X										25-14	1.950.905	30	312.200	0	0	0	0	EPS037	1.950.905	30	78.100	14-4	1.950.905	30	5	135.800	CCF24	1.950.905	30	78.100	0	0	0	0	0
7	CC 79697009	RIVERA RAMIREZ RAUL	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 79974113	PULIDO RODRIGUEZ JOSE ALEXANDER	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
9	CC 91540487	MARTINEZ SANDOVAL LUIS CARLOS	1	0			S																	230301	5.000.000	30	800.000	0	0	0	0	EPS010	5.000.000	30	200.000	14-4	5.000.000	30	5	348.000	CCF24	5.000.000	30	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901781311-4	SM INGENIERIA Y CONSULTORIAS SAS	KR. 20 No. 22C - 65B	7560904	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	MITIPARK	OPR	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
		94682482	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$1,750,905	$524.800	

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	121.900				121.900	0	0	121.900			1.219	121.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.600	0	0	52.600	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	70.100	70.100
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	121.900	121.900
CCF	1	52.600	52.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	524.800	524.800

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	901781311-4	SM INGENIERIA Y CONSULTORIAS SAS		KR. 20 No. 22C - 65B	7560904	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	MITIPARK	OPR	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94682482	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$1,750,905	$524.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1053350277	REIVA HERNANDEZ DAVID JULIAN	1	0			5																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	52.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901951607-9	ENERGIA DESARROLLO Y TECNOLOGIA SOSTENIBLE SAS	TV 35 37 SUR 73	3147125284	gerencia.edsaing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95057758	09/09/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$4,400,000	$1.165.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	176.000	0		0		0	7	1.000	0	177.000	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	704.000	0	0	0	0	7	3.700	0	707.700	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	191.400				191.400	7	1.000	192.400			1.914	192.400	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	7	500	88.500	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	176.000	177.000
Pensión	1	704.000	707.700
Riesgos Laborales	1	191.400	192.400
CCF	1	88.000	88.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.159.400	1.165.600

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	901951607-9	ENERGIA DESARROLLO Y TECNOLOGIA SOSTENIBLE SAS		TV 35 37 SUR 73	3147125284	gerencia.edsaing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95057758	09/09/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-08	E	$4,400,000	$1.165.600	

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	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1024482055	BELTRAN AMAYA WILDER URIEL	1	0				S																230201	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	4	95.700	CCF24	2.200.000	30	44.000	0	0	0	0	0
2	CC 80791582	IDARRAGA SIERRA GABRIEL ANGEL	1	0				S																230201	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	4	95.700	CCF24	2.200.000	30	44.000	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 901356804	1	CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 14 76-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	642880112	9511003585	E	2026/09/02	2026/09/10	BANCO CAJA SOCIAL	8	$3,637,400

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 (7 Afiliados)						$11,672,700	$1,868,000			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$812,700		$0	$0
Centro de Trabajo: OBRA (7 Afiliados)						$11,672,700	$1,868,000			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$812,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (7 Afiliados)						$11,672,700	$1,868,000			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$812,700		$0	$0
1	CC	3946815	AVILA SAMUEL	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
2	CC	9399744	COLMENARES POMPILIO	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
3	CC	1092348064	GUTIERREZ EDGAR	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
4	PT	6135628	PEREZ LEOPOLDO	25-14	20	$1,167,270	$186,800	EPSC34	20	$1,167,270	$46,700	CCF22	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	$81,300	20	$0	$0
5	CC	79333473	QUEVEDO OSCAR	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
6	CC	80402601	RODRIGUEZ JOSE	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
7	CC	4255665	SUA EFREN	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
Total			**Afiliados(7)**			$11,672,700	$1,868,000			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$467,300			$11,672,700	$812,700		$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
NIT 901356804	1	CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 14 76-32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	642880112	9511003585	E	2026/09/02	2026/09/10	BANCO CAJA SOCIAL	8	$3,637,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$1,868,000	$11,300					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$747,200	$4,500	$0	$0	$0	$0	$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$560,400	$3,400	$0	$0	$0	$0	$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$560,400	$3,400	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$812,700	$4,900					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$812,700	$4,900	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$467,300	$2,800					$0	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	7	$467,300	$2,800	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				7	$467,300	$3,100					$0	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$46,700	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$70,100	$500	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$70,100	$500	$0	$0	$0	$0	$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$140,200	$900	$0	$0	$0	$0	$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$140,200	$900	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**7**	**$3,615,300**	**$22,100**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$1,879,300
$751,700
$563,800
$563,800
$817,600
$817,600
$470,100
$470,100
$470,400
$47,000
$70,600
$70,600
$141,100
$141,100
$3,637,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 1098701344	4	JM PERFORACIONES	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 8 SUR 1C 128	RESTREPO-META	3185393625	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	527676908	9508975008	E	2026/09/10	2026/07/31	BANCOLOMBIA	0	$858,900

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	Dias	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 (3 Afiliados)																								$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,100			$3,501,810	$140,100			$3,501,810		$18,300		$0	$0		$858,900
Centro de Trabajo: PARQUE GUACAMAYAS (3 Afiliados)																								$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,100			$3,501,810	$140,100			$3,501,810		$18,300		$0	$0		$858,900
Ciudad: RESTREPO Depto: META (3 Afiliados)																								$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,100			$3,501,810	$140,100			$3,501,810		$18,300		$0	$0		$858,900
1	CC	1097305171	ARIAS EUDER		X																	230201	20	$1,167,270	$186,800	EPS037	20	$1,167,270	$46,700	CCF34	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	0.522%	$6,100	20	$0	$0	Si	$286,300
2	CC	1100894920	FLOREZ ANDERSON	X	X																	230301	20	$1,167,270	$186,800	EPS005	20	$1,167,270	$46,700	CCF34	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	0.522%	$6,100	20	$0	$0	Si	$286,300
3	CC	1046401744	HERRERA FRANCISCO		X																	230201	20	$1,167,270	$186,800	EPS037	20	$1,167,270	$46,700	CCF34	20	$1,167,270	$46,700	14-11	20	$1,167,270	0.522%	$6,100	20	$0	$0	Si	$286,300
Total			**Afiliados(3)**																					$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$140,100			$3,501,810	$140,100			$3,501,810		$18,300		$0	$0		$858,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$560,400	$0	$0	$560,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$186,800	$0	$0	$186,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$373,600	$0	$0	$373,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$18,300	$0	$0	$18,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$18,300	$0	$0	$18,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$140,100	$0	$0	$140,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	3	$140,100	$0	$0	$140,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$140,100	$0	$0	$140,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$93,400	$0	$0	$93,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$46,700	$0	$0	$46,700
TOTAL				**3**	**$858,900**	**$0**	**$0**	**$858,900**

PLANILLA PAGADA

ANEXO 7.





Oficial de obra

EPS : Famisanar

AFP : Porvenir

Cl 3c este # 49 9 - 69 Sur

314 481 51 12

gutierrez tellez e1@gmail.com

Powered by CamScanner

Medellín, 28 de Julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1092348064	GUTIERREZ TELLEZ EDGAR	28/07/2026		M200X132	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C93997442620924459

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/07/2026 06:47:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.32.183.180, 45.223.5.2, 172.16.42.57

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2026 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

CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS NIT:901356804-1

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

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	
GUTIERREZ TELLEZ EDGAR	Masculino	40 Años	CC (Tipo)	1092348064 (Número)

Cargo **OFICIAL DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: No Aplica

SATISFACTORIO | 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 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

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

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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

Firma: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC/S.O 3274-2022

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUTIERREZ TELLEZ EDGAR

CC 1092348064

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) EDGAR GUTIERREZ TELLEZ identificado(a) con CC No. 1092348064, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS con NIT 9013568041:

- Fecha de afiliación a la Caja: 28/07/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 28/07/2026.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 28/07/2026

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013012828
9013012828

No. de Radicación SAT: 30829650

Fecha de Radicación: 28 07 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUTIERREZ	Segundo Apellido: TELLEZ	Primer Nombre: EDGAR	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1092348064	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			16 D 11 M 1985 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES COLMENARES	NT	901356804	

59. Ubicación				
CR 14 76 32 S Dirección	32124119 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 28 M 07 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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

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

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

Vigilado Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDGAR GUTIERREZ TELLEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.348.064**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

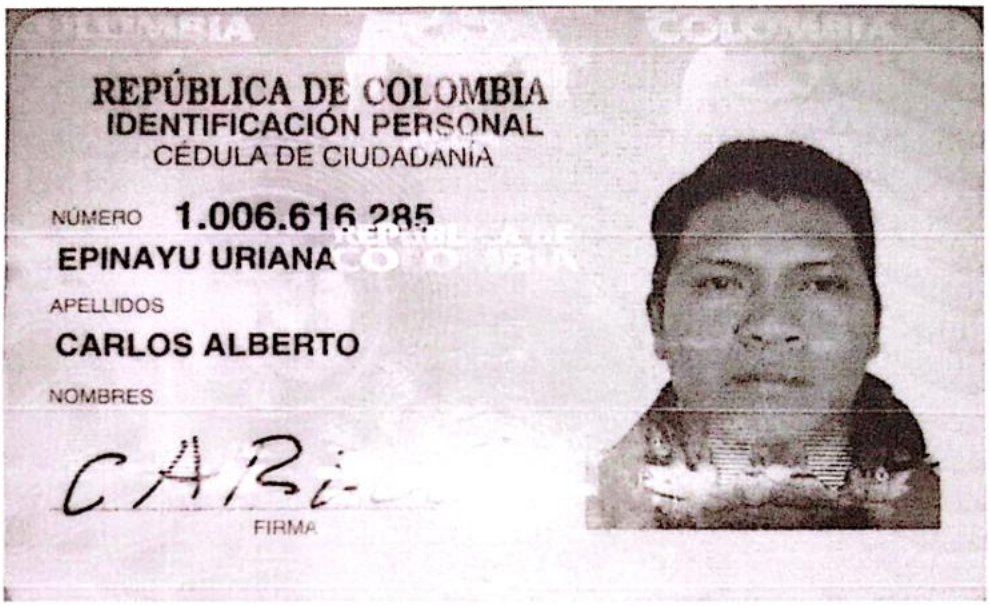
La presente certificación se expide el 27 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.616.285

EPINAYU URIANA

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-2001

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

19-ENE-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01527521-M-1006616285-20251002 0148013298G 2 8516835046

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/08/2026, el empleador CONSORCIO MITIPARK identificado con NIT número 902021190 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10615833	04/08/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006616285	CARLOSALBERTO EPINAYU URIANA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-08-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Agosto del año 2026.

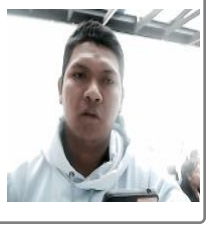
Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK

NO. CERTIFICADO	2.304.654	**FECHA**	04/08/2026 9:00 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26	
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	NUEVA EPS				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	EPINAYU URIANA CARLOS ALBERTO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.006.616.285	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	25	**SEXO**	M	**TELÉFONO** 3144710533	**CORREO**	jazminandreamesacorrea@gmail.com	

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS RESPIRATORIO - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

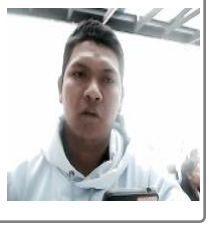
RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK



NO. CERTIFICADO	2.304.654	**FECHA**	04/08/2026 9:00 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26	
PENSIONES	PORVENIR		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	NUEVA EPS				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	EPINAYU URIANA CARLOS ALBERTO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.006.616.285	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	25	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3144710533	**CORREO**	jazminandreamesacorrea@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, EPINAYU URIANA CARLOS ALBERTO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.006.616.285, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

Aspirante o trabajador

CC. 1.006.616.285

Aspirante o trabajador

CC. 1.006.616.285

Profesional

DRA. GUERRA ORTIZ LAURA ADALSA RM.1020825546 CC1020825546 LIC.31732 DE 23-02-2026

Declaro que recibí información clara sobre mi valoración médica ocupacional, sus resultados y recomendaciones. Acepto consultar mis resultados por los medios habilitados y dentro de los tiempos establecidos.

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9047451 correspondiente a la empresa Consorcio Mitipark.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal MITIGACION

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
CARLOS ALBERTO EPINAYU URIANA	C.C.	1,006,616,285	05/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 4 de agosto de 2026 a las 03:06:43 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ALBERTO EPINAYU URIANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.616.285**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1006616285
Nombre	: CARLOS ALBERTO EPINAYU URIANA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/05
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.111.815.776

Apellidos
GARCES CASTRO

Nombres
HELMER ESTIVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
13 MAR 1997

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BUENAVENTURA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
07 MAR 2016, BUENAVENTURA

Firma
Helmer

Fecha de expiración
29 OCT 2035


CO

082750453

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL082750453631019<<<<<<<<<<<
9703131M3510292COL1111815776<0
GARCES<CASTRO<<HELMER<ESTIVEN<

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9047451 correspondiente a la empresa Consorcio Mitipark.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal MITIGACION

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
HELMER ESTIVEN GARCES CASTRO	C.C.	1,111,815,776	28/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 27 de agosto de 2026 a las 03:54:19 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/08/2026, el empleador CONSORCIO MITIPARK identificado con NIT número 902021190 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10697801	28/08/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1111815776	HELMERESTIVEN GARCES CASTRO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-08-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Agosto del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HELMER ESTIVEN GARCES CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.815.776**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 28 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1111815776
Nombre	: HELMER ESTIVEN GARCES CASTRO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/28
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código mNXpv9FRH

Vigilado Supersubsidio

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	08 MES	2026 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 MITIPARK NIT:902021190-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

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	
CACERES CASTRO HELMER ESTIVEN	Masculino	29 Años	CC (Tipo)	1111815776 (Número)

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	AXA COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO SIN RESTRICCION

Observaciones: No Aplica

SATISFACTORIO | 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 MEDÍCAS	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 PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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

Firma: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC/S.O 3274-2022

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Helmer

Nombre: CACERES CASTRO HELMER ESTIVEN

CC 1111815776


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.143.234.009
DE LA CRUZ RABALES
APELLIDOS
JAMER ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-2003
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-AGO-2021 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-0300150-01265004-M-1143234009-20211111
0076283079A 2
8502555338

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9047451 correspondiente a la empresa Consorcio Mitipark.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal MITIGACION

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JAMER ALBERTO DE LA CRUZ RABALES	C.C.	1,143,234,009	28/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 27 de agosto de 2026 a las 03:33:44 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 28 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1143234009
Nombre	: JAMER ALBERTO DE LA CRUZ RABALES
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/28
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien correspnda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código ZlLg2OpQH

Vigilado Supersubsidio

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado | Fecha de radicado (D D M M A A A A)

I. DATOS DE TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]	B. Colectiva [ ] A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: DE LA CRUZ	Segundo apellido: RABALES	Primer nombre: JAMER	Segundo nombre: ALBERTO.

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.143.234.009	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] F [ ] M [X] Cual	COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País: COLOMBIA	Departamento: ATLANTICO	Municipio: BARRANQUILLA		21/04/2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	SI [ ] NO [ ]

19. Tiene encuesta	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
SI [ ] NO [ ]	Nivel:	Grupo:	

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLPATRIA	COLPENSIONES	1.300.000	

26. Residencia				
Dirección: KR 02C # 41C - 32.	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3042513493	Correo electrónico: JAMERALBERTODELACRUZ@GMAIL.COM	
Departamento: ATLANTICO	Municipio / Localidad: BARRANQUILLA	Localidad / Comuna: CENTRO.	Zona: Cabecera municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] F [ ] M [ ] Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO MITPARK.	NIT	902001190 - 3	DEPENDIENTE.

59. Ubicación						
Dirección: KR 07B # 124-39.	Teléfono fijo o celular: 3212419580	Correo electrónico: RECURSOSHUMANOS@SOLUCIONAL.COM	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio / Distrito: BOGOTA		

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otros ☐ Cual F ☐ M ☐	D D M M A A A A

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	28 02 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos: ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

CARGO. AUXILIAR DE OBRA

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAMER ALBERTO DE LA CRUZ RABALES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1143234009,** se encuentra afiliado/a desde **31/08/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LECMAC MEDIC SAS

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	08 MES	2026 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 MITIPARK NIT:902021190-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

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	
DE LA CRUZ JAMER ALBERTO	Masculino	22 Años	CC (Tipo)	1143234009 (Número)

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	AXA COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO SIN RESTRICCION

Observaciones: No Aplica

SATISFACTORIO | 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 MEDÍCAS	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 PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y 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

Firma: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC/S.O 3274-2022

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

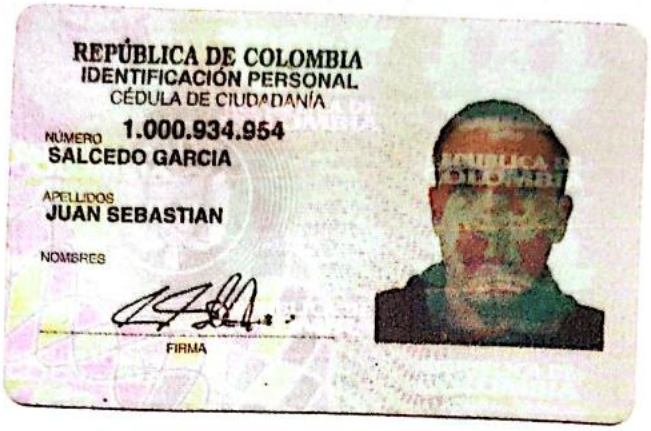
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Jamer de la cruz

Nombre: DE LA CRUZ JAMER ALBERTO

CC 1143234009



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.934.954
SALCEDO GARCIA

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

23-SEP-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01549789-M-1000934954-20260303 0151333419A 2 8518284839

Powered by CamScanner

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9047451 correspondiente a la empresa Consorcio Mitipark.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal MITIGACION

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JUAN SEBASTIAN SALCEDO GARCIA	C.C.	1,000,934,954	20/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 19 de agosto de 2026 a las 11:54:53 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1000934954
Nombre	: JUAN SEBASTIAN SALCEDO GARCIA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/20
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/20
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código K9ke8iJPH

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017294558	1|9|0|8|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SALCEDO Primer apellido	GARCIA Segundo apellido	JUAN Primer nombre	SEBASTIAN Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1000934954	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|3|0|9|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 86B 53 22		3204503264	SALCEDOJUN@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO MITIPARK	NIT	902021190	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 7 B 124 39 OF 503	6572562	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017294558

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|0|0|8|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN SEBASTIAN SALCEDO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.934.954**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK

NO. CERTIFICADO	2.313.641	**FECHA**	12/08/2026 11:45 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR	
PENSIONES	NO SABE	**ARL**	NO SABE				
EPS	CAPITAL SALUD				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	SALCEDO GARCIA JUAN SEBASTIAN				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.000.934.954	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	30	**SEXO**	M	**TELÉFONO** 3204503274	**CORREO**	norefiere@gmail.com	

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS RESPIRATORIO - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las restricciones:** 3 Meses	NA

RESTRICCIONES

* TRABAJADOR PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD QUE NO IMPLIQUE ALTA CARGA MENTAL COMO TRABAJOS BAJO PRESION DE TIEMPO O DE ALTA COMPLEJIDAD

RECOMENDACIONES GENERALES

SE RECOMIENDA CAPACITACION EN MANEJO MANUAL DE HERRAMIENTAS DE TRABAJO - SE RECOMIENDA CONTROL Y MANEJO MEDICO ESPECIALIZADO EN EPS - INCLUIR EN PROGRAMA DE VIGILANCIA DE RIESGO PSICOSOCIAL DE LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA, DETERMINAR CAMBIOS DE UMBRAL AUDITIVO TEMPORAL O PERMANENTES POSTERIOR A LIMPIEZA OTICA EN OIDO IZQUIERDO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK

NO. CERTIFICADO	2.313.641	**FECHA**	12/08/2026 11:45 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR
PENSIONES	NO SABE	**ARL**	NO SABE		
EPS	CAPITAL SALUD			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SALCEDO GARCIA JUAN SEBASTIAN			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.000.934.954
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA
EDAD	30	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3204503274
CORREO	norefiere@gmail.com				

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, SALCEDO GARCIA JUAN SEBASTIAN, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.000.934.954, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

Aspirante o trabajador



CC. 1.000.934.954

Aspirante o trabajador



CC. 1.000.934.954

Profesional



DR.MENDEZ MORENO ANDRES GIOVANNY RM.151631/2012 CC81720806 LIC.13640 DE 15-02-2024

Declaro que recibí información clara sobre mi valoración médica ocupacional, sus resultados y recomendaciones. Acepto consultar mis resultados por los medios habilitados y dentro de los tiempos establecidos.

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.029.280.991

APELLIDOS / NOMBRES
VERGARA LEON
JULIAN ALEJANDRO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
13-AGO-2007
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
20-AGO-2025

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - TUNJUELITO BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - TUNJUELITO BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 20-OCT-2026

8518778337
20-ABR-2026

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046313 correspondiente a la empresa Raul Sanchez Numpaque.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal PRINCIPAL

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JULIAN ALEJANDRO VERGARA LEÓN	C.C.	1,029,280,991	21/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 20 de agosto de 2026 a las 02:57:47 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1029280991
Nombre	: JULIAN ALEJANDRO VERGARA LEON
Empresa/Contratante	: RAUL SANCHEZ NUMPAQUE
Tipo Idenficación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 19386436
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código NHkB2EMmH

Vigilado Supersubsidio

EPS Sanitas

NIT. 830.251.940-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 14 08 2016

SANITAS EPS
AFILIACIONES
690164212

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual · Cotizante o Cabeza de Familia X · Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si — No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado

7. Código: (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VERGARA	LEÓN	JULIAN	ALEJANDRO

9. Tipo de documento de identidad: C.C.

10. Número del documento de identidad: 1029.280.991

11. Sexo biológico: Femenino — Masculino X

12. Sexo identificación: F — M X — T — NB — Otro — Cual

13. Nacionalidad: COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento: País: COLOMBIA · Departamento: CUNDINAMARCA · Municipio: BOGOTA

15. Fecha de nacimiento: 13082007

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia — 17. Comunidad — 18. Discapacidad: Si — No — Categoría de discapacidad — 19. Tiene encuesta SISBÉN: Si — No — 20. Clasificación SISBEN: Nivel — Grupo — 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COLPATRIA

23. Administradora de Pensiones: COLFONDOS

24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: KR. 78A BIS # 76A-68 SUR.

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3054030197

Correo Electrónico: JULIANVERGARALEON200@GMAIL.COM.

Departamento: CUNDINAMARCA · Municipio / Distrito: BOGOTA · Localidad / Comuna: BOSA

Zona: Cabecera Municipal X — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
RAUL. SANCHEZ NUMPAQUE	CC.	19.386.436.	DEPENDIENTE

59. Ubicación
Dirección: KR 13 # 31H SUR 40
Teléfono fijo o Celular: 3246201110.
Correo Electrónico: RECURSOS.AFILIACIONES20@GMAIL.COM. Departamento: CUNDINAMARCA Municipio / Distrito: BOGOTA

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	21082026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Julian. Vergara León	Raul. SANCHEZ N.

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y Nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
		RECIBIDO POR:

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
24 AGO 2026

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIAN ALEJANDRO VERGARA LEON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1029280991,** se encuentra afiliado/a desde **29/08/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

SANCHEZ NUMPAQUE RAUL



NO. CERTIFICADO	2.320.270	**FECHA**	19/08/2026 3:49 p.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR	
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	SANITAS				**TIPO DE EXAMEN**	NUEVA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	VERGARA LEON JULIAN ALEJANDRO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.029.280.991	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	19	**SEXO**	M	**TELÉFONO** 3054030197	**CORREO**	julianvergaraleon200@gmail.com	

ACTIVIDAD ECONOMICA: TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS	
OPTOMETRIA	
CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajar en alturas

EXÁMENES REALIZADOS EN CONSULTA ANTERIOR

FECHA	EXÁMENES REALIZADOS
2026-08-06	AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS RESPIRATORIO - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA Y ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA.PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR DE 85 DB POR TIEMPO MAYOR A 8 HORAS CONTINUAS, PARA LO CUAL DEBE UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA DURANTE EXPOSICIÓN A RUIDO.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - AMETROPIA INADECUADAMENTE CORREGIDA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR - SEGUN CORRESPONDA

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

SANCHEZ NUMPAQUE RAUL



NO. CERTIFICADO	2.320.270	**FECHA**	19/08/2026 3:49 p.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR	
PENSIONES	PORVENIR		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	SANITAS				**TIPO DE EXAMEN**	NUEVA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	VERGARA LEON JULIAN ALEJANDRO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.029.280.991	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	19	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3054030197	**CORREO**	julianvergaraleon200@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, VERGARA LEON JULIAN ALEJANDRO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.029.280.991, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

Aspirante o trabajador

CC. 1.029.280.991

Aspirante o trabajador

CC. 1.029.280.991

Profesional

Juan Camilo Hernández
Medico Especialista en Salud en el Trabajo
Licencia 250830 de 2019
Expedida por la Gobernacion
de cundinamarca
Cc 1.026.253.820

DR.HERNANDEZ CASTRO JUAN CAMILO R.M.181325/2009 CC1026253820 LIC. 25-0830 DE 1-10-2019

Declaro que recibí información clara sobre mi valoración médica ocupacional, sus resultados y recomendaciones. Acepto consultar mis resultados por los medios habilitados y dentro de los tiempos establecidos.

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.863.155
HIDALGO RIAÑO
APELLIDOS
ORLANDO
NOMBRES
Orlando Hidalgo Riaño.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
17-JUN-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1500150-00852660-M-1023863155-20161003 0051556384A 1 1294097957

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017235526	0|6|0|8|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HIDALGO Primer apellido	RIAÑO Segundo apellido	ORLANDO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1023863155	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		0|3|0|6|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	COLFONDOS	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 41 BIS 1 A 80 ESTE		3144776719	ORLANDOHIDALGO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO MITIPARK	NIT	902021190	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 7 B 124 39 OF 503	7560904	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017235526

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|5|0|8|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK

NO. CERTIFICADO	2.304.158	**FECHA**	04/08/2026 7:44 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	HIDALGO RIAÑO ORLANDO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.023.863.155
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	OFICIAL DE OBRA
EDAD	40	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3144776719
				CORREO	orlandohidalgoriaño@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS RESPIRATORIO - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES GENERALES

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

CONSORCIO MITIPARK



NO. CERTIFICADO	2.304.158	**FECHA**	04/08/2026 7:44 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26	
PENSIONES	PORVENIR		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	SALUD TOTAL				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	HIDALGO RIAÑO ORLANDO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.023.863.155	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	OFICIAL DE OBRA	
EDAD	40	**SEXO**	M	**TELÉFONO** 3144776719	**CORREO**	orlandohidalgoriaño@gmail.com	

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, HIDALGO RIAÑO ORLANDO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.023.863.155, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

Aspirante o trabajador

CC. 1.023.863.155

Aspirante o trabajador

CC. 1.023.863.155

Profesional

Juan Camilo Hernández
Medico Especialista en Salud en el Trabajo
Licencia 250830 de 2019
Expedida por la Gobernacion
de cundinamarca
Cc 1.026.253.820

DR.HERNANDEZ CASTRO JUAN CAMILO R.M.181325/2009 CC1026253820 LIC. 25-0830 DE 1-10-2019

Declaro que recibí información clara sobre mi valoración médica ocupacional, sus resultados y recomendaciones. Acepto consultar mis resultados por los medios habilitados y dentro de los tiempos establecidos.

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9047451 correspondiente a la empresa Consorcio Mitipark.

Empresa en misión EMPLEADOS DE PLANTA sucursal MITIGACION

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ORLANDO HIDALGO RIAÑO	C.C.	1,023,863,155	05/08/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,



FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 4 de agosto de 2026 a las 03:48:08 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ORLANDO HIDALGO RIAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.863.155**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 4 de Agosto de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1023863155
Nombre	: ORLANDO HIDALGO RIAÑO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/08/04
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/08/05
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A quien corresponda y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 2Y8Gtb0EH

Vigilado Supersubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.031.137.253
SALCEDO GARCIA

APELLIDOS
RICARDO ANDRES

NOMBRES

FIRMA

Dirección KAR 2H 39 25 Sur

Tel. 311 242 15 97

Gmail ricardoSalcedoGarcia1992@Gmail.com.



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
08-MAR-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01292948-M-1031137253-20220429 0078946473A 1 8504454334

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICARDO ANDRES SALCEDO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.137.253**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017179374	2|7|0|7|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SALCEDO	GARCIA	RICARDO	ANDRES

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1031137253	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|7|0|3|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 2 H 39 25 SUR		3112421597	RICARDOSALCEDO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO MITIPARK	NIT	902021190	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 7 B 124 39 OF 503	5545243	RECURSOHUMANOHSEQ@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4017179374

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|8|0|7|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 27 de Julio de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1031137253
Nombre	: RICARDO ANDRES SALCEDO GARCIA
Empresa/Contratante	: CONSORCIO MITIPARK
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902021190
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/07/27
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/07/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a CONSORCIO MITIPARK y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 7nCe12v2H

Vigilado Supersubsidio

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS

NO. CERTIFICADO	2.255.218	**FECHA**	17/06/2026 3:36 p.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26	
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	SALUD TOTAL				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	SALCEDO GARCIA RICARDO ANDRES				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.031.137.253	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA	
EDAD	34	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3112421597 |	**CORREO**	ricardosalcedogarcia1992@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS RESPIRATORIO - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES GENERALES

SE RECOMIENDA MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR, EVITAR USO PROLONGADO DE REPRODUCTORES DE MUSICA, NO EXCEDER MAS DE 1 HORA Y A BAJO VOLUMEN - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN EXPOSICION A RUIDO LABORAL

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

CONSTRUCCIONES COLMENARES SAS



NO. CERTIFICADO	2.255.218	**FECHA**	17/06/2026 3:36 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CALLE 26
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SALCEDO GARCIA RICARDO ANDRES			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.031.137.253
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA
EDAD	34	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3112421597 |
CORREO	ricardosalcedogarcia1992@gmail.com				

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, SALCEDO GARCIA RICARDO ANDRES, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.031.137.253, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

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

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

Aspirante o trabajador

CC. 1.031.137.253

Aspirante o trabajador

CC. 1.031.137.253

Profesional

Natalia Gómez
Médica y Cirujana General
Especialista en SST
R.M. 1032495553
Resolución No. 26144

DRA. GOMEZ ESTEBAN NATALIA R.M.1032495553 CC1032495553 LIC. 26144 DE 29-05-2025

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

ANEXO **8**.

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Michael Garcia Polo

Cargo Ayudante de obra

Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Juan Sebastian Salcedo Cargo: Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Julian Alejandro Vergara Cargo Ayudante Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

Fecha de entrega	Elementos de Protección Personal y/o Dotación																																					Firma: Acepto que he recibido los EPP adecuados y me comprometo a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes.
	CABEZA		OJOS					CARA			OÍDOS		RESPIRATORIA					MANOS							PIES/PIERNAS				CUERPO										
													Gases y Vapores																										
	Casco Dieléctrico	Casco con Barbuquejo	Gafas De Seguridad	Careta de soldador	Careta de Esmeriar	Monogafas	Gafas de seguridad lentes	Careta soldador	Monje protector de cuello	Careta Para Esmeriar	Protector Auditivo Tipo Protector	Auditivo Tipo Copa	Respirador Humos	Respiradores desechables	Respirador para material	Vapores orgánicas	vapores orgánicas y	Químicos y pinturas en	Guante Recubierto en	Vaqueta o inanteiro largos	Guantes para soldador	Carnaza	Hilaza puntos	Guante de caucho	Guante de nitrilo	guantes dieléctrico	Botas seguridad con puntera	Botas Caucho con puntera	Calzado dieléctrico	Bota de seguridad caña	Delantal en carnaza o	Overol de cuerpo entero	Chaqueta y pantalón en	Overol de dos piezas en gril	impermeable	chaqueta y Chaleco reflectivo	Mangas (Carnaza/Vaqu	
22108/26		X									X			X						X							X					X							Julian Vergara

Diligencie en la casillas el numero de elementos entregados.

NOTA: Identifique aquí EPP que no estén en el listado:

ELABORA

Nombre: Jaiver Alvarez

Fecha: 22108/2026

Firma:

Notas: 1. Una vez recibida la compra, se entregan a los trabajadores los EPP quienes firman en señal de recibido conforme y compromiso de utilizarlos adecuadamente.
2. Con la firma de recibido de estos elementos, "Acepta que ha recibido los EPP adecuados y se compromete a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes".

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Duban Pulido

Cargo Ayudante de Obra

Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

Fecha de entrega	Elementos de Protección Personal y/o Dotación																																					Firma: Acepto que he recibido los EPP adecuados y me comprometo a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes.
	CABEZA		OJOS					CARA			OÍDOS		RESPIRATORIA						MANOS							PIES/PIERNAS				CUERPO									
													Gases y Vapores																									
	Casco Dieléctrico	Casco con Barbuquejo	Gafas De Seguridad	Careta de soldador	Careta de Esmerilar	Monogafas	Gafas de seguridad lentes	Careta soldador	Monje protector de cuello	Careta Para Esmerilar	Protector Auditivo Tipo Copa	Protector Auditivo Tipo Copa	Respirador Humos Metálicos	Respiradores desechables	Respirador para material	Vapores orgánicos	Vapores orgánicos y	Químicos y pinturas en spray	Guante Recubierto en	Vaqueta o ingeniero largos	Guantes para soldador	Carnaza	Hilaza puntos	Guante de caucho industrial	Guante de nitrilo	guantes dieléctrico	Botas seguridad con puntera	Botas Caucho con punteras	Calzado dieléctrico	Bota de seguridad caña	Delantal en carnaza o	Overol de cuerpo entero	Chaqueta y pantalón en	Overol de dos piezas en drill	Impermeable chaqueta y	Chaleco reflectivo	Mangas (Carnaza/Vaque	
03/08/2026		X									X			X						X							X					X							DUBAN P. L. 90

Diligencie en la casillas el numero de elementos entregados.

NOTA: Identifique aquí EPP que no estén en el listado:

ELABORA

Nombre: Jaiver Esteban Alvarez

Fecha: 03/08/2026

Notas: 1. Una vez recibida la compra, se entregan a los trabajadores los EPP quienes firman en señal de recibido conforme y compromiso de utilizarlos adecuadamente.

2. Con la firma de recibido de estos elementos, "Acepta que ha recibido los EPP adecuados y se compromete a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes".

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Orlando Hidalgo

Cargo Oficial

Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

| Fecha de entrega | Elementos de Protección Personal y/o Dotación | | |

REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CONCLUIR LAS OBRAS DEL PARQUE GUACAMAYAS Y EL MIRADOR ALTAMIRA CHIGUAZA CON EL FIN DE MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO INTEGRAL DE REVITALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL.

ENTREGA DE EPP Y/O DOTACION

Nombre del Trabajador: Carlos Alberto Epinayu Cargo Ayudante de obra Proyecto: CTO - 1357 DE 2025

Empresa: CONSORCIO MITIPARK

Fecha de entrega	Elementos de Protección Personal y/o Dotación																																				Firma: Acepto que he recibido los EPP adecuados y me comprometo a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes.
	CABEZA		OJOS					CARA			OÍDOS		RESPIRATORIA Gases y Vapores						MANOS								PIES/PIERNAS				CUERPO								
	Casco Dieléctrico	Casco con Barbuquejo	Gafas De Seguridad	Careta de soldador	Careta de Esmerilar	Monogafas	Gafas de seguridad lentes	Careta soldador	Monje protector de cuello	Careta Para Esmerilar	Protector Auditivo Tipo Copa	Protector Auditivo Tipo Copa	Respirador Humos Metálicos	Respiradores desechables	Respirador para material	Vapores orgánicos	vapores orgánicos y	Químicos y pinturas en spray	Guante Recubierto en Vaquela o Ingeniero Jarras	Guantes para soldador	Carnaza	Hilaza puntos	Guante de caucho Industrial	Guante de nitrilo	guantes dieléctrico	Botas seguridad con puntera	Botas Caucho con puntera	Calzado dieléctrico	Bota de seguridad caña	Delantal en carnaza o	Overol de cuerpo entero	Chaqueta y pantalón en	Overol de dos piezas en dril	Impermeable	Chaqueta y Chaleco reflectivo	Mangas (Carnaza/Vaque	
03/08/2026		X									X			X					X							X											CARLOS EPINAYU

Diligencie en la casillas el numero de elementos entregados.

NOTA: Identifique aquí EPP que no estén en el listado:

ELABORA	Notas: 1. Una vez recibida la compra, se entregan a los trabajadores los EPP quienes firman en señal de recibido conforme y compromiso de utilizarlos adecuadamente. 2. Con la firma de recibido de estos elementos, "Acepta que ha recibido los EPP adecuados y se compromete a usarlos conforme a lo establecido por la Resolución 2400 de 1979, Código Sustantivo del Trabajo, Ley 9 Artículo III, Decreto 1295 de 1994 y demás dispociones legales vigentes".
Nombre: Jaiver Esteban Alvarez	
Fecha: 03/08/2026	