	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

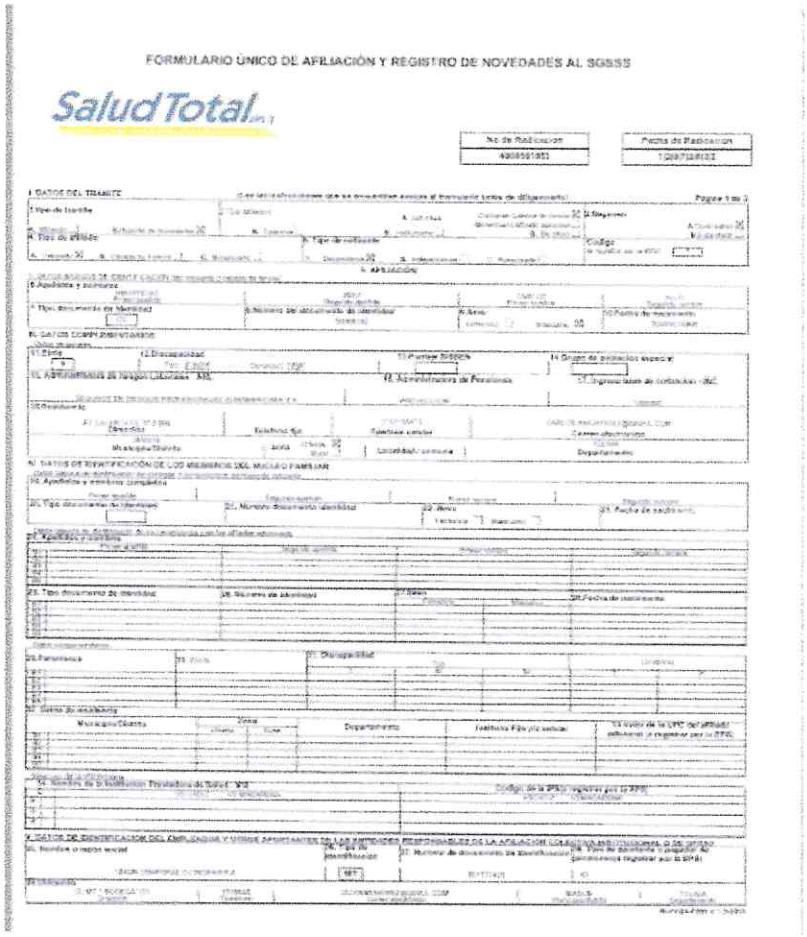
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	93366350
Nombre:	CARLOS JULIO AMORTEGUI RUIZ
Fecha Ingreso:	05/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	4/7/2022 9:35:23 PM

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal

No. de Radicación	Fecha de Radicación
[illegible]	[illegible]

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AMORTEGUI RUIZ CARLOS JULIO** identificado(a) con CC número **93.366.350** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de julio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

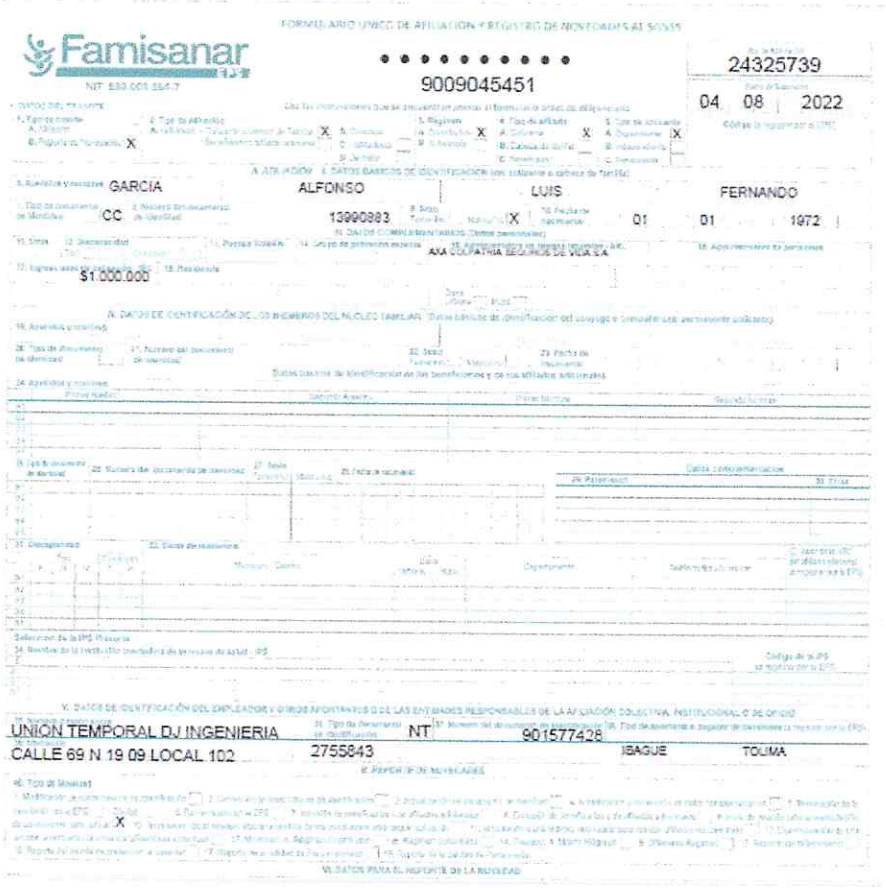
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	13990883
Nombre:	LUIS FERNANDO GARCIA ALFONSO
Fecha Ingreso:	01/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	30/06/2022 05:52:24 p.m.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	



Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • • •

9009045451

24325739

04 08 2022

X

X X X

A. AFILIADOS B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

GARCIA ALFONSO LUIS FERNANDO

CC 13990883 X 01 01 1972

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

$1.000.000

UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA NT 901577428

CALLE 69 N 19 09 LOCAL 102 2755843 IBAGUE TOLIMA

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

porvenir

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331-8

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO GARCIA ALFONSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 13.990.883, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

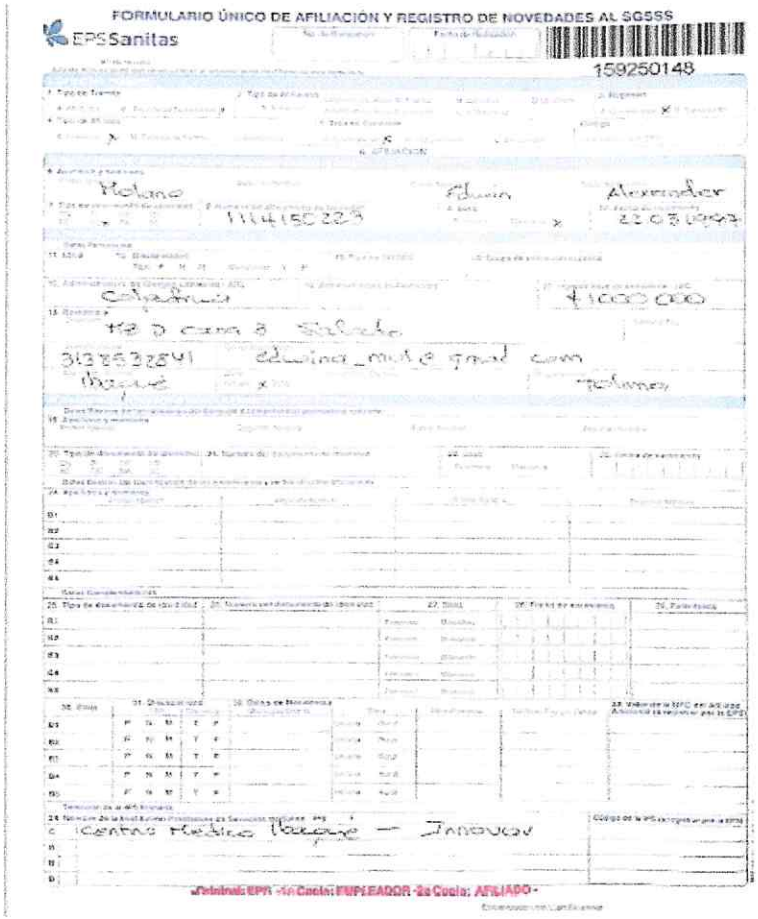
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1114150223
Nombre:	EDWIN ALEXANDER MOLANO
Fecha Ingreso:	05/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	4/7/2022 9:51:10 PM

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPSSanitas

159250148

Molano Edwin Alexander

1114150229 22 03 1992

Colombia 1.000.000

Tv 2 con 8 Salado

3138532841 edwinar_mol@gmail.com

Ibagué Tolima

Centro Medico Ibague — Janovex

Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

porvenir

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

EDWIN ALEXANDER MOLANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.114.168.223, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2022.

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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

AVAL

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1110602580
Nombre:	JHON WILLIAM ALARCON MEDINA
Fecha Ingreso:	18/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/7/2022 10:48:03 PM

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.134.405-2

CERTIFICA QUE:

JHON WILLIAM ALARCON MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.802.680**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Julio del 2022.

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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de Grupo AVAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1110539407
Nombre:	LUIS FELIPE COLORADO MUÑOZ
Fecha Ingreso:	18/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/7/2022 10:37:24 PM

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **COLORADO MUÑOZ LUIS FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.110.539.407** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de marzo de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de julio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

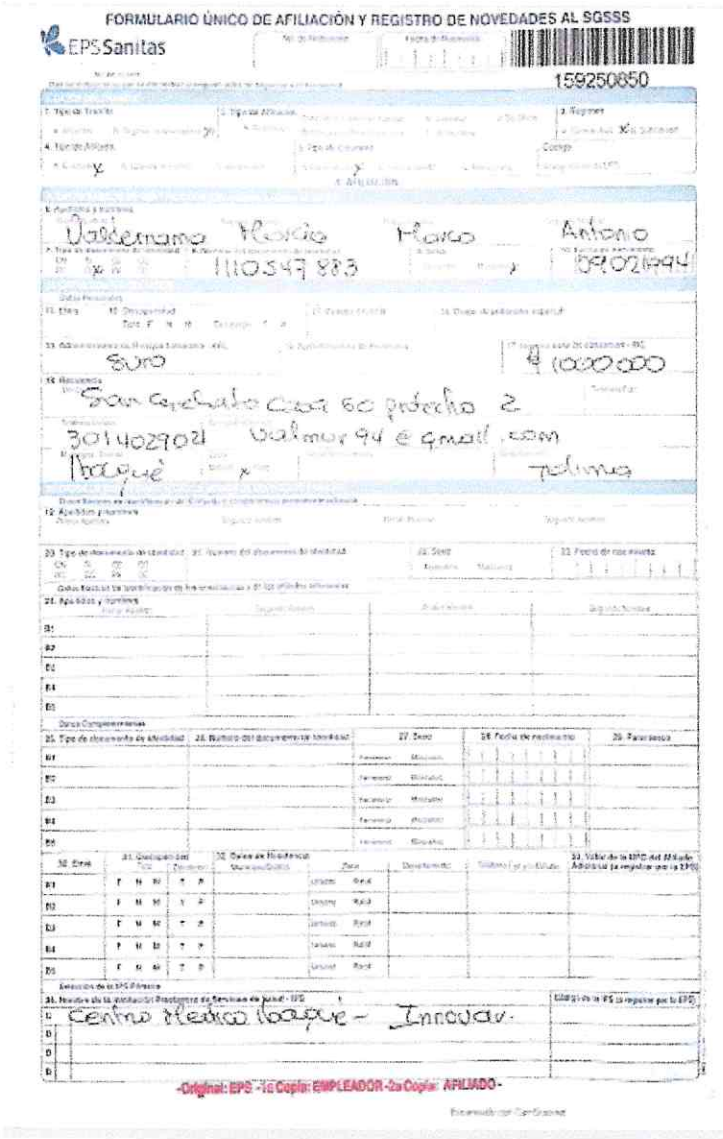
DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1110547883
Nombre:	MARCO ANTONIO VALDERRAMA MURCIA
Fecha Ingreso:	19/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/07/2022 04:19:16 p.m.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

159250850

Valdemaro Florido Flaco Antonio

1110547883 09/02/1994

Suro $1.000.000

San Cayetano casa 60 piedecuesta

3014029021 valmor94@gmail.com

Tocaque Tolima

Centro Medico Tocaque - Innovar.

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

porvenir

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARCO ANTONIO VALDERRAMA MURCIA, identificado(a) con cedula de ciudadania **1.110.647.669**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificacion se expide el 19 de Julio del 2022.

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 qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Grupo AVAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901577428
Número Afiliación:	9011590
Razón social:	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1007931602
Nombre:	WILSON ANDRES MONGUI CEDANO
Fecha Ingreso:	19/07/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	1
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	18/07/2022 04:22:58 p.m.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

porvenir

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

Es la sociedad administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.326.964-6

CERTIFICA QUE:

WILSON ANDRES MONSUI CEDANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.901.602**, se encuentra afiliado(a) al *Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir*.

La presente certificación se expide el 15 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Grupo AVAL

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

*Que el personal relacionado a continuación el cual pertenece a la empresa **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA**. identificada con el número de NIT: **901.577.428-3** con número de afiliación **9011590**, se encuentra afiliado a la ARL AXA COLPATRIA, para la cobertura de riesgos por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales, según se describe a continuación:*

FECHA INGRESO	TIPO DOC	IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TASA DE RIESGO
7/06/2022	DEP	345245	JAIME		LUGO	PEREZ	10604

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, con gusto será suministrada en nuestro centro de atención al cliente, 4235757 opción 4.

La presente se expide a solicitud de la empresa, a los 06 días del mes de Junio de 2022.

Fredy CEBALLOS MONTAÑA
ARL AXA COLPATRIA
Líder S&A OP. No monetarias
Servicio al Cliente / Customer Service
LMSC

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

SaludTotal

Bogotá, Julio 13 de 2022

Señor:
LUGO PEREZ JAIME
CC. 349245
MZ I CA 1 LOS MANDARINOS -
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LUGO RODRIGUEZ SUCAY	[illegible]	[illegible]	Mar-13-2022	12	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LUGO RODRIGUEZ SANDRA	[illegible]	C	Mar-13-2022	12	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LUGO PEREZ JAIME	[illegible]	C	Mar-13-2022	12	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ FERNANDEZ CALIXTO	[illegible]	C	Mar-13-2022	12	26	CONYUGE/PAREJA	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Ingreso en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
[illegible]	[illegible]	Dependiente	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Dependiente	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Dependiente	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Dependiente	[illegible]

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.229.759

Hace constar que:

El(la) Señor(a): **LUGO PEREZ JAIME** identificado(a) con **CC** numero **348.246** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCION, desde el dia 01 de abril de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 10 de julio de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 919 70 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

Anexo 2: folios 2 - planilla de pago de trabajadores.

NO PRESENTO

Anexo 3: Folios 1 - Inducción de Políticas al SG-SST

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

CAPACITACION ☒ ACTIVIDAD GRAL ☐ SG SST ☐

FOR 005
Version 01
Fecha

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACIÓN: 5 (DIA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: Barrio Industrial terminal

TEMA: INDUCCION SG-SST

DURACIÓN: 30 MINUTOS | 1 HORAS | DIAS

OBSERVACIONES: SE REALIZO LA INDUCCION DE LOS SIGUIENTES TEMAS

1. Importancia del SG-SST de la empresa
2. Conceptos básicos: (Incidente, accidente trabajo/enfermedad laboral)
3. Reportar los Accidentes e Incidentes. Condiciones y Actos inseguros de trabajo por su actividad diaria
4. Reglamento de higiene y seguridad en el trabajo
5. Socializar politicas de SG –SST y de /Tabaquismo/Drogas y Alcohol, EPP, Politica de reparación prevención y respuesta ante emergencias, politica del medio ambiente, politica del no acoso laboral, y objetivos del SG-SST
6. Reglamento interno de trabajo (normas de seguridad dentro de la empresa)
7. Socializar COPASST
8. Dar a conocer la importancia de los Elementos de protección personal y equipos para trabajo seguro en alturas
9. Conocimiento de la seguridad social LEY 100 de 1993 y normatividad vigente en SST (Decretos 1443 y 1072 26 de mayo de 2015. Resolución 1111 del 27 de marzo del 2017)
10. Procedimientos seguros y la obligatoriedad de diligenciar el permiso de trabajo (ATS, Permiso de trabajo seguro en alturas, Asistencia a las capacitaciones y charlas de seguridad)
11. Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.
12. Matriz de requisitos legales en SST
13. Participación y consulta (celebración cumpleaños/actividades obra/capacitaciones y charlas de seguridad.
14. Socializar legislación: 1409 de 2012 (reglamento de seguridad para protección contra caídas para trabajos en alturas.
15. Aspectos: orden y limpieza en los lugares de trabajo-campamentos-baños de obra/señalización /condiciones herramientas
16. Dar a conocer la clase de riesgo y los posibles riesgos existentes en cada proyecto.
17. Cumplir con todas las normas estipuladas en el protocolo de bioseguridad

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Fernando León	93365783	A/U	León
2	Carlos Julio Amaya Gil	93366350	A/U	Carlos A
3	Eduardo alexander molano	1124150273	AUX	Eduardo
4	Jose Luis Luis	93360619	OFICIAL	Luis
5	ARGEMIRO ZARA	93477748	AYUDANTE	
6	Luis Fernando Garcia	77190982	AYUDANTE	Garcia
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

(Instructor)

ANA ROCIO MONROY CABRERA — NOMBRE

FIRMA

65.739.080 — CÉDULA

Scanned by TapScanner

INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE ASISTENCIA

FOR 005
Version 01
Fecha

CAPACITACION [X] ACTIVIDAD GRAL [ ] SG - SST [ ]

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACIÓN: 19 | 7 | 2022 (DIA | MES | AÑO) LUGAR: Barrio Industrial terminal

TEMA: INDUCCION SG-SST

DURACIÓN: 30 MINUTOS | 1 HORAS | DIAS

OBSERVACIONES: SE REALIZO LA INDUCCION DE LOS SIGUIENTES TEMAS

1. Importancia del SG-SST de la empresa.
2. Conceptos básicos, (Incidente, accidente trabajo/enfermedad laboral).
3. Reportar los Accidentes e Incidentes, Condiciones y Actos inseguros de trabajo por su actividad diaria.
4. Reglamento de higiene y seguridad en el trabajo
5. Socializar políticas de SG –SST y de /Tabaquismo/Drogas y Alcohol, EPP, Política de reparación prevención y respuesta ante emergencias, política del medio ambiente, política del no acoso laboral, y objetivos del SG-SST.
6. Reglamento interno de trabajo (normas de seguridad dentro de la empresa).
7. Socializar COPASST
8. Dar a conocer la importancia de los Elementos de protección personal y equipos para trabajo seguro en alturas.
9. Conocimiento de la seguridad social LEY 100 de 1993 y normatividad vigente en SST (Decretos 1443 y 1072 26 de mayo de 2015. Resolución 1111 del 27 de marzo del 2017)
10. Procedimientos seguros y la obligatoriedad de diligenciar el permiso de trabajo (ATS, Permiso de trabajo seguro en alturas, Asistencia a las capacitaciones y charlas de seguridad)
11. Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.
12. Matriz de requisitos legales en SST
13. Participación y consulta (celebración cumpleaños/actividades obra/capacitaciones y charlas de seguridad
14. Socializar legislación: 1409 de 2012 (reglamento de seguridad para protección contra caidas para trabajos en alturas.
15. Aspectos: orden y limpieza en los lugares de trabajo-campamentos-baños de obra/señalización /condiciones herramientas
16. Dar a conocer la clase de riesgo y los posibles riesgos existentes en cada proyecto.
17. Cumplir con todas las normas estipuladas en el protocolo de bioseguridad.

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Oscar William Alvarado Molina	1.116.662.560	Ayudante	
2	Luis Felipe Colorado	1110.539.007	Ayudante	
3	Mario Antonio Valderrama	1110547883	Maestro	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

REALIZADO POR: (Instructor)

ANA ROCIO MONROY CABRERA
NOMBRE

FIRMA

Scanned by TapScanner

Anexo 4: - planillas entrega de EPP

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:

Nombre del Trabajador: Luis Fernando Garcia Alfonso
Area en la que labora: CTo 085/2022
Cédula No. 13990883
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición.
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
26-7-2022	2	CAMISAS	Camisa drill Polialgodon manga larga		Luiz	
26-7-2022	1	JEAN	Jean hombre 14 onzas		Luiz	
6-7-2022	1	CASCO	Casco de Seguridad		Luiz	
6-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Vaqueta corto	Sencillo	Luiz	
6-7-2022	1	TAPA OIDOS	Silicona	Caja	Luiz	
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
6-7-2022	1	GAFAS	Gafas de Seguridad	Protexion	Luiz	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha: 12/07/2022

Nombre del Trabajador: Jose Ferney Enciso
Cédula No. 93360619
Área en la que labora: CTO 085/2022
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
1-7-2022	1	CASCO	casco seguridad			
12-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Vaqueta corto sencillo			
12-7-2022	1	TAPA OIDOS	silicona caja			
12-7-2022	1	TAPA BOCAS	Desechables negro			
	1	BOTAS				
12-7-2022	1	GAFAS	Gafas seguridad	Protexion		

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:12/07/2022

Nombre del Trabajador: Argenito Yara oviedo
Área en la que labora: Ayudante obra-cto 085-2022
Cédula No. 93 477 748
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
26-7-2022	2	CAMISAS	Camisa dril Polialgodon manga larga		Argenito Yara	
26-7-2022	1	JEAN	Jean hombre 14 onzas		Argenito Yara	
5-7-2022	1	CASCO	casco Seguridad		Argenito	
12-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Naqueta corto sencillo		Argenito	
12-7-2022	1	TAPA OIDOS	Silicona caja		Argenito	
12-7-2022	1	TAPA BOCAS	Desechable	Nesco	Argenito	
	1	BOTAS				
12-7-22	1	GAFAS	Gafas seguridad.	Proteccion	Argenito	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:12/07/2022

Nombre del Trabajador: EDWIN Alexander Molano
Área en la que labora: Adelante obra-CTo 085-2022
Cédula No. 1114 150 223
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
5-7-2022	1	CASCO	casco de seguridad		Edwin Molano	
12-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Jaqueta carta sencilla		Edwin M.	
12-7-2022	1	TAPA OIDOS	Silicona Caja		Edwin	
	1	TAPA BOCAS	Desechable riesgo		Edwin	
	1	BOTAS			Ed.	
12-7-2022	1	GAFAS	Gafas seguridad	Protexión	Edwin M.	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha: 12/07/2022

Nombre del Trabajador: Luis Fernando León
Cédula No. 93365783
Área en la que labora: Ayudante obra - CTO 085/2022
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
5-7-2022	1	CASCO	casco de seguridad		León	
12-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	vaqueta corto sencillo		León	
12-7-2022	1	TAPA OIDOS	silicona caja		León	
12-7-2022	1	TAPA BOCAS	Desechables		León	
	1	BOTAS				
12-7-2022	1	GAFAS	Gafas de seguridad	Protesion	León	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:

Nombre del Trabajador: Wilson Andres Mangui Cedano **Cédula No.** 1007931602

Area en la que labora: CTO 085 /2022 **Periodo:** Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
21-7-22	1	CASCO	casco de seguridad		- Wilson	
21-7-22	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Jaqueta cata	sencilla	- Wilson	
21-7-22	1	TAPA OIDOS	Silicona caja		- Wilson	
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
21-7-22	1	GAFAS	Gafas seguridad	Protexion	- Wilson	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:

Nombre del Trabajador: Luis Felipe Colorado Muñoz
Área en la que labora: CTO 089/2022
Cédula No. 1110539407
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
19-7-2022	1	CASCO	Casco de Seguridad		Luis Felipe C	
19-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Nagcelgcato	Sencillo	Luis Felipe C.	
19-7-2022	1	TAPA OIDOS				
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
19-7-2022	1	GAFAS	Gafas de Seguridad	Protexion	Luis Felipe C.	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha: 12/07/2022

Nombre del Trabajador: Carlos Julio Amortegui
Area en la que labora: Ayudante obra-cto 085/2022
Cédula No. 93 366 350
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
26-7-2022	2	CAMISAS	Camisa dril politalgodon manga larga		Carlos J Amortegui	
26-7-2022	1	JEAN	Pantalon jean hombre		Carlos J Amortegui	
5-7-2022	1	CASCO	casco de seguridad		Carlos J R	
12-7-2022	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	Nagueta corta sencillo		Carlos J R	
12-7-2022	1	TAPA OIDOS	Silicona caja		Carlos J R	
12-7-2022	1	TAPA BOCAS	Desechable negro		Carlos J R	
	1	BOTAS				
12-7-2022	1	GAFAS	Gafas seguridad	Proteccion	Carlos J R	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha: 18-07-2022

Nombre del Trabajador: Jhon William Alarcon Medina
Cédula No. 1110 602 580
Área en la que labora: Sectorización Cto 085 /2022 Ibal
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
	2	CAMISAS				
	1	JEAN				
18-7-22	1	CASCO	casco seguridad		Jhon William	
18-7-22	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA	chaqueta corta	sencillo	Jhon William	
18-7-22	1	TAPA OIDOS	silicona caja		Jhon William	
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
18-7-22	1	GAFAS	Gafas seguridad	protexion	Jhon William	

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005 Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Fecha:

Nombre del Trabajador: Marco Antonio Valderrama **Cédula No.** 1110547 883

Area en la que labora: CTO 085/2022 - Maestro obra **Periodo:** Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
26-7-2022	2	CAMISAS	Camisa dri fit manga larga	Salva	Marco A Valderrama	
	1	JEAN				
	1	CASCO				
	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA				
	1	TAPA OIDOS				
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
	1	GAFAS				

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	FOR: 005
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIONES	Versión: 01 Fecha:

Nombre del Trabajador: Ericna Isabel Marrugin Hertas
Área en la que labora: CTO 085/2022
Cédula No. 1110568823
Periodo: Julio

COMPROMISO

Certifico que recibí de **UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA** el (los) Elemento (s) de Protección Personal y Dotaciones de vestir relacionados a continuación; y por medio de este documento me comprometo a:

1. Utilizarlos obligatoriamente para la realización de mis labores.
2. Darles el uso adecuado dentro de la Empresa y sus frentes de trabajo.
3. Seguir las recomendaciones e instrucciones suministradas al momento de la entrega.
4. Reportar oportunamente a la personal asignada el deterioro o perdida de el (los) Elemento (s) de Protección Personal para su reposición
5. Responder por dicho (s) Elemento (s) de Protección Personal y Dotación en caso de pérdida o daño no justificado.

RECOMENDACIONES

1. Consérvelo en un sitio cercano, seguro y de fácil acceso.
2. Inspeccione el EPP antes de colocárselo, verifique que no tenga averías o deterioros.
3. Realice limpieza a los elementos de protección personal después de utilizarlos.
4. Utilizar adecuadamente y completa la dotación de vestir y zapatos que le entrega la empresa.

FECHA DE ENTREGA	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	FIRMA RECIBIDO	OBSERVACIÓN
26-7-2022	2	CAMISAS	Camisa Dril Policialgodón		Isabela	
26-7-2022	1	JEAN	Jean Dama		Isabela	
	1	CASCO				
	1	PAR DE GUANTES DE CARNAZA				
	1	TAPA OIDOS				
	1	TAPA BOCAS				
	1	BOTAS				
	1	GAFAS				

Scanned by TapScanner

Anexo 5 Acta reunión mensual del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (Copasst)

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

FOR: 005
Version: 01
Fecha:

CAPACITACION ☐ ACTIVIDAD GRAL ☐ SG - SST ☐

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACIÓN: 25 (DÍA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: 3/ Industrial terminal

TEMA: Reunion mensual de comite paritario de SST

DURACIÓN: 60 MINUTOS | HORAS | DIAS

OBSERVACIONES: Capacitacion sobre los temas matriz identificacion de peligros GTC45
Dar a conocer los diferentes riesgos - peligros que estan expuestos y como prevenirlos en el equipo de trabajo

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Mayra Cardenas	1110 562 499	Ing Residente	Mayra Cardenas
2	Gustavo Ortega	1116718143	AUX	[illegible]
3	yairman Ivan Cantor	1110957726	AUX	[illegible]
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

REALIZADO POR: (Instructor)

NOMBRE _____ FIRMA _____ CÉDULA _____

Scanned by TapScanner

ANEXO 6 CAPACITACIONES

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

CAPACITACION [X] ACTIVIDAD GRAL [ ] SG - SST [ ]

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FOR. 005
Version: 01
Fecha:

FECHA DE REALIZACIÓN: 25 (DÍA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: Barrio Industrial terminal - B/Malabar

TEMA: Elementos de Proteccion Personal

DURACIÓN: 30 MINUTOS | HORAS | DIAS

OBSERVACIONES:

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Camilo Antonio Acuña	1.125.160.174	Ayudante	
2	[illegible]	[illegible]	OFICIAL	
3	Edwin alexander mora	1114150223	AUX	
4	[illegible]	1216715443	OFIC	
5	Jhon William Narvaez	1.116.162.550	AUX	
6	Fernando León	93365783	Ayu	
7	Erik Fernando Degracia	73.908.983	ayudante	
8	Carlos Julio Amaya	93.366.250	ayudante	
9	Hector Villamarin Garcia	1105176883	Maestro	
10	Yorman Jhon Rodriguez	1104157726	oficial	
11	[illegible]	[illegible]	ayudante	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

REALIZADO POR: (Instructor)

NOMBRE FIRMA CEDULA

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

FOR: 005
Versión: 01
Fecha:

CAPACITACION [X] ACTIVIDAD GRAL [ ] SG - SST [ ]

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACIÓN: 19 (DIA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: B/Industrial terminal - B/Malabar

TEMA: Como Hago Para cuidar mis manos?

DURACIÓN: 30 MINUTOS | HORAS | DIAS

OBSERVACIONES:

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Edwin Orlando Moreno	1111150223	AUX	Edwin
2	Jose Alberto Encina	9376619	OFICIAL	[illegible]
3	Camilo Acevedo Fonseca	1.125160190	Ayudante	[illegible]
4	Cristian Campo	1216749413	AUX	[illegible]
5	Kevin Villar Alarcon	1116623586	AUX	[illegible]
6	Fernando Leon	93365783	Ayu	Leon
7	Luis Fernando Vargas	1.128.000.983	ayudante	Luis
8	Pedro Pablo Amaya	93.376.357	oficial	[illegible]
9	Renzo Valenzuela	1067547883	Maestro	Maestro
10	Yovan Juan Chaparro	1006157726	auxiliar	Yovan Juan
11	Argemiro Rodriguez	93.402.448	ayudante	[illegible]
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

REALIZADO POR (Instructor)

NOMBRE FIRMA CÉDULA

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

FOR: 005
Version: 01
Fecha:

CAPACITACION ☑ ACTIVIDAD GRAL ☐ SG - SST ☐

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACION: 11 (DIA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: B/Industrial terminal - B/Malecón

TEMA: Las 5C de trabajar en equipo

DURACIÓN: 60 MINUTOS | HORAS | DIAS

OBSERVACIONES:

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Edwin alexander molina	8-1141-0233	Aux	Edwin
2	[illegible]	[illegible]	Oficial	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	Aux	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	Aux	[illegible]
5	Yahaiel Macon Regino	[illegible]	Aux	[illegible]
6	Fernando Leon	[illegible]	Ayo	Leon
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	Carlos [illegible]	[illegible]	ayudante	[illegible]
9	Yoiner Juan Caballero	[illegible]	ayudante	Yoiner Juan
10	Argenis Ruiz Ruiz	[illegible]	ayudante	[illegible]
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

REALIZADO POR: (Instructor)

NOMBRE: FIRMA: CÉDULA:

Scanned by TapScanner

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

REGISTRO DE ASISTENCIA

FOR: 005
Version: 01
Fecha:

CAPACITACION [X] ACTIVIDAD GRAL [ ] SG - SST [ ]

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE REALIZACION: 4 (DIA) 7 (MES) 2022 (AÑO) LUGAR: B/Industrial terminal – B/Malabar

TEMA: Proteccion de las manos 5 consejos claves para prevenir Accidentes

DURACIÓN: 30 MINUTOS | HORAS | DIAS

OBSERVACIONES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Eduar alejandro moreno	1114150223	AUX	Eduar
2 Jose Tirilio Enciso	93766679	OFICIAL	[illegible]
3 Camilo Antonio [illegible]	1113[illegible]	Ayudante	[illegible]
4 Gustavo [illegible]	1116786413	AUX	[illegible]
5 [illegible]	[illegible]	AUX	[illegible]
6 Fernando [illegible]	9865733	Ayu	[illegible]
7 [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8 Pedro Suarez [illegible]	93366300	ayudante	[illegible]
9 Yomar Tunno Candia G	1104537726	auxiliar	Yomar Tunno
10 [illegible]	981.[illegible]	ayudante	[illegible]
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			

REALIZADO POR (RESPONSABLE)

NOMBRE _____ FIRMA _____ CÉDULA _____

Scanned by TapScanner

ANEXO 7. CONCEPTO DE APTITUD

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCIÓN	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	EMAIL	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-06-29	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	NELSON ALEXANDER SIERRA MOYA	Identificación CC	Nro 1135884087		
Fecha de Nacimiento	1998-02-12	**Edad**	24	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCION				
Fecha Ingreso	2022-06-29 14:51:53	**Fecha Salida**	2022-06-29 14:56:55		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-02	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS FERNANDO LEON			Identificación CC	Nro 93365783
Fecha de Nacimiento	1964-09-21	**Edad**	57	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	OFICIOS VARIOS				
Fecha Ingreso	2022-07-02 10:01:13	**Fecha Salida**	2022-07-02 10:01:48		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Leon

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 15 No. 3-50 p 12 Ca 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-02	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ARGEMIRO YARA OVIEDO			Identificación CC	Nro 93477748
Fecha de Nacimiento	1980-05-20	**Edad**	42	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	OFICIOS VARIOS				
Fecha Ingreso	2022-07-02 09:50:47	**Fecha Salida**	2022-07-02 09:53:13		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR DIARIA, ALIMENTACION BALANCEADA BAJA EN GRASAS, AZUCAR Y HARINAS.
OTRAS:	NO PRESENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Direccion: CALLE 19 No. 3-60 p 12 Cc 1202 y 1203
Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCIÓN	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELEFONO	7443001	EMAIL	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-02	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CARLOS JULIO AMORTEGUI RUIZ		Identificación CC	Nro 93366350	
Fecha de Nacimiento	1966-09-23	Edad	55	Sexo	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	OFICIOS VARIOS				
Fecha Ingreso	2022-07-02 09:51:40	Fecha Salida	2022-07-02 10:01:02		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

OTRAS:	SI Observaciones: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN VENOSA CUANDO ESTE TIEMPO PROLONGADO EN BIPEDESTACIÓN

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI Observaciones: CONTROL PERIODICO ANUAL
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Direccion: CALLE 19 No. 3-49 p 12 Cc 1202 y 1203
Telefono: (57 1) 7440001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCIÓN	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELEFONO	7443001	EMAIL	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-06-30	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS FERNANDO GARCIA ALFONSO		Identificacion CC	Nro 13990883	
Fecha de Nacimiento	1972-01-01	Edad	50	Sexo	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	901577426				
Fecha Ingreso	2022-06-30 07:03:25	Fecha Salida	2022-06-30 07:06:10		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL PERIODICO ANUAL POR OPTOMETRIA
OTRAS:	NO PREGENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
OTROS	NO PREGENTA

Acepto las anteriores valoraciones Medicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omision o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Articulo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

SHL Jairo Enrique Bustos C.

JAIRO ENRIQUE BUSTOS CASTRO

LUIS FERNANDO GARCIA ALFONSO

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 15 No. 3-56 p 12 Cc 1302 y 1303
Teléfono: (57 1) 7440001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCION**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELEFONO	7443001	**EMAIL**	clbc.Ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-01	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN ALEXANDER MOLANO			**Identificación CC**	Nro 1114150223
Fecha de Nacimiento	1997-03-22	**Edad**	25	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCION				
Fecha Ingreso	2022-07-01 08:32:39	**Fecha Salida**	2022-07-01 08:34:21		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR DIARIA, ALIMENTACION BALANCEADA BAJA EN GRASAS, AZUCAR Y HARINAS.
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

MD. Juan Enrique Jurado C.
Medicina del Trabajo | Medicina General
Registro médico TAM - 72547
Bogotá, 01-07-2022 / 11:15 AM

Edwin molano M

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 15 No. 3-50 p 12 Cc 1200 y 1300
Teléfono: (57 1) 7442001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCION	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	EMAIL	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-16	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JHON WILLIAM ALARCON MEDINA		Identificacion CC	Nro 1110602580	
Fecha de Nacimiento	1999-06-03	Edad	23	Sexo	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTES DE CONSTRUCCION				
Fecha Ingreso	2022-07-16 10:30:42	Fecha Salida	2022-07-16 10:39:20		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

JAIRO ENRIQUE DUENDIA CABEZA	JHON WILLIAM ALARCON MEDINA
RM: 7710954	CC 1110602580
Firma y sello del medico	Firma del trabajador

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 16 No. 3-60 p 12 Cc 1300 y 1300
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELEFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-16	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUIS FELIPE COLORADO MUÑOZ		Identificacion CC	Nro 1110539407	
Fecha de Nacimiento	1993-06-06	**Edad**	29	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTES DE CONSTRUCCION				
Fecha Ingreso	2022-07-16 10:37:07	**Fecha Salida**	2022-07-16 10:41:50		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Medicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condicion de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Luis colorado

FERNANDO IVAN FERNANDEZ OSORIO
RM: 7120020
Firma y sello del médico

LUIS FELIPE COLORADO MUÑOZ
CC 1110539407
Firma del trabajador

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-60 p 10 Co 1202 y 1209
Telefono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	**DIRECCIÓN**	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-21	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	MARCO ANTONIO VALDERRAMA MURCIA		Identificación CC	Nro 1110547883	
Fecha de Nacimiento	1994-02-09	**Edad**	28	**Sexo**	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN				
Fecha Ingreso	2022-07-21 08:55:56	**Fecha Salida**	2022-07-21 08:56:59		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Medicas realizadas, hago constar que la informacion suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omision o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Articulo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

MD. Juan Enrique Buendia L.	
JAIRO ENRIQUE BUENDIA LAMBDA	MARCO ANTONIO VALDERRAMA MURCIA
RM: 72189941	CC 1110547883
Firma y sello del medico	Firma del trabajador

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 5-60 p 12 Cc 1200 y 1200
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCIÓN	Crr 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	EMAIL	cita.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-21	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WILSON ANDRES MONGUI CEDANO		Identificación CC	Nro 1007931602	
Fecha de Nacimiento	1987-11-12	Edad	34	Sexo	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	AYUDANTES DE CONSTRUCCION				
Fecha Ingreso	2022-07-21 07:44:04	Fecha Salida	2022-07-21 07:46:20		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Medicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condicion de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omision o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Wilson Mongui

FERNANDO IVAN FERNANDEZ CORREDOR
RM: 7213408
Firma y sello del medico

WILSON ANDRES MONGUI CEDANO
CC 1007931602
Firma del trabajador

	INFORME DE SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 18 No. 5-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA IBAGUE	DIRECCIÓN	Cra 5 # 27 - 40 LOCAL 1
TELÉFONO	7443001	EMAIL	citas.ibague@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-09	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JAIME LUGO PEREZ			Identificación CC	Nro 349245
Fecha de Nacimiento	1974-11-17	Edad	47	Sexo	M
Empresa	UNION TEMPORAL DJ INGENIERIA				
Cargo	OPERADOR MAQUINARIA				
Fecha Ingreso	2022-07-09 06:57:14	Fecha Salida	2022-07-09 07:03:56		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
OTRAS:	SI Observaciones: MONITOREAR TENCION ARTERIAL EN CASA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL	SI Observaciones: CONTROL PERIODICO ANUAL
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

CONSORCIO INTERIBAL

SEG SOCIAL

DIRECTOR
FRANCISCO ESPAÑA
30%

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93398180		ESPAÑA RAMIREZ LUIS FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVE 15 2 67	IBAGUE-TOLIMA	2637155	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1644764250	9439662204	I	2022/09/19	2022/09/08	BANCOLOMBIA	0	$2,401,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000		$41,800		$0	$0		$2,401,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000		$41,800		$0	$0		$2,401,800
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000		$41,800		$0	$0		$2,401,800
1	CC	93398180	ESPAÑA LUIS	25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS005	30	$8,000,000	$1,000,000		0	$0	$0	14-4	30	$8,000,000	0.522%	$41,800	0	$0	$0	No	$2,401,800
Total			**Afiliados(1)**			$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000		$41,800		$0	$0		$2,401,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93398180		ESPAÑA RAMIREZ LUIS FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVE 15 2 67	IBAGUE-TOLIMA	2637155	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1644764250	9439662204	I	2022/09/19	2022/09/08	BANCOLOMBIA	0	$2,401,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,800	$0	$0	$41,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$41,800	$0	$0	$41,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
TOTAL				1	$2,401,800	$0	$0	$2,401,800

RESIDENTE
JUAN DE LA ROSA TRUJILLO
100%

INSPECTOR
JULIO GONZALEZ
100%

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901577899	9	CONSORCIO INTERIBAL 2022	A - 200 O MAS COTIZANTES	OBRA	calle 73 No 17-100	IBAGUE-TOLIMA	2758267	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-09	103978232	9454916806	E	2022/09/22	2022/09/22	BANCOLOMBIA	0	$1,233,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	2399915	GONZALEZ JULIO																			0	$0	$0	EPS037	30	$1,000,000	$40,000	CCF50	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	$69,600	30	$0	$0	Si	$149,600
2	CC	93391332	TRUJILLO JUAN																		230201	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF50	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
Total	Afiliados(2)																						$3,500,000	$560,000			$4,500,000	$180,000			$4,500,000	$180,000			$4,500,000	$313,200		$0	$0		$1,233,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901577899	9	CONSORCIO INTERIBAL 2022	A - 200 O MAS COTIZANTES	OBRA	calle 73 No 17-100	IBAGUE-TOLIMA	2758267	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-09	103978232	9454916806	E	2022/09/22	2022/09/22	BANCOLOMBIA	0	$1,233,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$560,000	$0	$0	$560,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$560,000	$0	$0	$560,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$313,200	$0	$0	$313,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$313,200	$0	$0	$313,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$180,000	$0	$0	$180,000
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	2	$180,000	$0	$0	$180,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$180,000	$0	$0	$180,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$40,000	$0	$0	$40,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$0	$0	$140,000
TOTAL				2	$1,233,200	$0	$0	$1,233,200

2022/09/22 02:59 PM

HIDRAULICO
GERMAN MONSALVE SAENZ
20%

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10221652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GERMAN MONSALVE SAENZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 122 NO. 19-59 APTO. 401	TELÉFONO:	6200855
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		**7847176719**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/08/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1582843774

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 464.200
SUBTOTAL:			1	**$ 464.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 74.300
SUBTOTAL:			1	**$ 74.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 90.500
SUBTOTAL:			1	**$ 90.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 629.000**

SISO
LUZ KARINA CHAMORRO BRAVO
50%

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 69006588		CHAMORRO BRAVO LUZ KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Maz A Casa 1 Urb Altos de San Jose	MOCOA-PUTUMAYO	4204564	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1669183040	9440309798	I	2022/09/21	2022/09/23	NEQUI	2	$355,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$69,600		$0	$0		$354,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$69,600		$0	$0		$354,600
Ciudad: MOCOA Depto: PUTUMAYO (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$69,600		$0	$0		$354,600
1	CC	69006588	CHAMORRO BRAVO LUZ KARINA																230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS010	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	6.960%	$69,600	0	$0	$0	No	$354,600
Total	Afiliados(1)																				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$69,600		$0	$0		$354,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 69006588		CHAMORRO BRAVO LUZ KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Maz A Casa 1 Urb Altos de San Jose	MOCOA-PUTUMAYO	4204564	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1669183040	9440309798	I	2022/09/21	2022/09/23	NEQUI	2	$355,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$300	$0	$160,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$300	$0	$160,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,600	$200	$0	$69,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$69,600	$200	$0	$69,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$300	$0	$125,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$125,000	$300	$0	$125,300
TOTAL				1	$354,600	$800	$0	$355,400

ESTRUCTURAL
OSVALDO JOSE GUZMAN
20%

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9100658		GUZMAN AVILA OSVALDO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANGA CALLE 29 No.21A-49	CARTAGENA-BOLIVAR	6792981	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1654975752	9440100359	I	2022/09/14	2022/09/15	BANCOLOMBIA	1	$639,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	9100658	GUZMAN AVILA OSVALDO JOSE	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS002	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,800,000	$125,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$125,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$300	$0	$288,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$300	$0	$288,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,300	$200	$0	$125,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$125,300	$200	$0	$125,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$300	$0	$225,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$225,000	$300	$0	$225,300
TOTAL				1	$638,300	$800	$0	$639,100

2022/09/15 11:12 AM

AMBIENTAL
INGRID ALEXANDRA VANEGAS
25%

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52996519		VANEGAS OTALORA INGRID ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3 No. 21-153 Casa 47	CHIA-CUNDINAMARCA	7034168	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1118289498	9422396231	I	2022/09/05	2022/09/05	BANCOLOMBIA	0	$299,900

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	vlp	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52996519	VANEGAS OTALORA INGRID ALEXANDRA																		230301	30	$1,032,986	$165,300	EPS017	30	$1,032,986	$129,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,032,986	$5,400	0	$0	$0	No	$299,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,032,986	$165,300			$1,032,986	$129,200			$0	$0			$1,032,986	$5,400		$0	$0		$299,900

2022/09/05 12:46 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52996519		VANEGAS OTALORA INGRID ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3 No. 21-153 Casa 47	CHIA-CUNDINAMARCA	7034168	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1118289498	9422396231	I	2022/09/05	2022/09/05	BANCOLOMBIA	0	$299,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,300	$0	$0	$165,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$165,300	$0	$0	$165,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,400	$0	$0	$5,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,400	$0	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$129,200	$0	$0	$129,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$129,200	$0	$0	$129,200
TOTAL				1	$299,900	$0	$0	$299,900

ABOGADO
DUBY CORREA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93384749		CORREA CEBALLOS DUBY ALDINEVER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av 37 8 33	IBAGUE-TOLIMA	2705478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1650540046	9440023702	I	2022/09/12	2022/09/13	BANCOLOMBIA	1	$305,300

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
1	CC	93384749	CORREA DUBY	25-14	30	$1,050,000	$168,000	EPS037	30	$1,050,000	$131,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,050,000	$5,500	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,050,000	$168,000			$1,050,000	$131,300			$0	$0			$1,050,000	$5,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,000	$200	$0	$168,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$168,000	$200	$0	$168,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$100	$0	$5,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,500	$100	$0	$5,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,300	$200	$0	$131,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$131,300	$200	$0	$131,500
TOTAL				1	$304,800	$500	$0	$305,300

2023/09/10 05:07 PM