



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS – SECCIONAL TUNJA

FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL

FORMATO PORTADA



TIPO DE PRÁCTICA	Pasantía ^X	Trabajo Social
------------------	-----------------------	----------------

DATOS ESTUDIANTE

Nombre	WILSON ALEXANDER AYALA CASTRO		
No. doc. Identidad	1118199687	Código USTA	2165684
Teléfono	3108112483	Correo electrónico	Wilson.ayala@usantoto.edu.co

DATOS EMPRESA

Razón social	Materiales Agregados Bases Obras y Herramientas S.A.S		
Dirección	Transversal 01 NO. 11-75		
Teléfono	6241832	Móvil	3112169183
Ciudad	Villanueva	Departamento	Casanare
Correo electrónico	mabohsas@gmail.com		

JEFE INMEDIATO ESTUDIANTE (Tutor por parte de la empresa)

Nombre	Oscar Alberto Huertas Guzmán		
Cargo	Gerente	Dependencia	
Teléfono	6241832	Extensión	+57 3112169183
		Móvil	3112169183
Correo electrónico			

DATOS TUTOR POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD

Nombre	William Ricardo Mozo Moreno		
Teléfono	3204256655	Móvil	3204256655
Correo electrónico	william.mozo@usantoto.edu.co		

JUSTIFICACIÓN DE LA PASANTÍA / TRABAJO SOCIAL

En el presente trabajo se pretenden aplicar y fortalecer los conocimientos adquiridos en la Universidad Santo Tomás de Aquino sede Tunja, optando como opción de grado la pasantía para obtener el título de Ingeniero Civil, ejerciendo como auxiliar de ingeniería en la empresa MABOH S.A.S. Para tal fin, se elaborarán informes y dossier técnicos, informes diarios de avances de los proyectos, informes para cobros parciales de obra y liquidación, y demás funciones que sean asignadas acorde con la naturaleza del cargo. Con el fin de adquirir experiencia laboral para brindar los conocimientos adquiridos como herramienta para el desarrollo e innovación de nuevos proyectos.

Como opción de grado, la pasantía genera una base de experiencia laboral y de formación personal ya que actualmente las oportunidades de trabajo son altamente competitivas y exigentes, puesto que se exige experiencia laboral para ingresar a una empresa.

La pasantía se llevará a cabo en la empresa Materiales Agregados Bases Obras y Herramientas S.A.S (MABOH S.A.S) ubicada en el departamento de Casanare del municipio Villanueva con una estancia de 600 horas según los parámetros establecido por la universidad Santo Tomás de Aquino.

OBJETIVO DE LA PASANTÍA / TRABAJO SOCIAL

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer los conocimientos adquiridos en la Universidad Santo Tomás sirviendo como apoyo en el seguimiento, supervisión y ejecución de proyectos en la empresa MABOH S.A.S como auxiliar de ingeniería

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar informes diarios respecto a las actividades ejecutadas y los avances del proyecto.

Identificar las diferentes falencias que se presentan a la hora del desarrollo de las actividades, tomar acciones correctivas y preventivas inmediatamente.

Elaborar bitácoras diarias donde se plasmen las diferentes actividades realizadas.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Las actividades asignadas al estudiante serán supervisadas por el ingeniero Oscar Alberto Huertas Guzmán, propuesto por la empresa de acuerdo con los requerimientos dado la cual se le asignarán las siguientes actividades:

Elaborar informes y dossier técnicos.

Elaborar informes diarios de avances de los proyectos.

Elaborar informes para cobros parciales de obra y liquidación.

Las demás funciones que le sean asignadas y las que se genere la necesidad del servicio, acorde con la naturaleza del cargo.

De nuestra parte brindaremos todas las facilidades para que el practicante lleve a cabo su labor y adquiera experiencia laboral necesaria.

Firma 		Firma		Firma 	
Nombre:	Oscar Alberto Huertas Guzmán	Nombre:	William Ricardo Mozo Moreno	Nombre:	Wilson Alexander Ayala Castro
Empresa		Universidad		Estudiante	

Fecha de aprobación por parte del Comité de Grado			11 Diciembre 2019	No. Acta	046
Fecha inicio práctica		4 de febrero de 2020			



POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): WILSON ALEXANDER AYALA CASTRO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1118199687, de la empresa MATERIALES AGREGADOS BASES OBRAS Y HERRAMIENTAS SAS está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 04/02/2020 con riesgo 5 y se encuentra ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001000412783.

Dada en Bogotá, a los 6 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"



* 0 1 B 1 3 4 2 6 2 3 8 *



* 0 1 0 7 3 7 1 3 9 8 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. RÉGIMEN C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. TIPO DE AFILIADO CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/> D. Independiente por prestación de servicio <input type="checkbox"/>		CÓDIGO <input type="text"/> FECHA DE LA SOLICITUD 04/02/2020	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO AYALA SEGUNDO APELLIDO CASTRO PRIMER NOMBRE Wilson SEGUNDO NOMBRE ALEXANDER	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD RC TI <input checked="" type="checkbox"/> CC PA CD SC PE	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.118.197.687 9. SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> X 10. FECHA NACIMIENTO 06/03/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD Tipo F N M Condición T P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CAIE-10 N° 22-42		LOCALIDAD / COMUNA BARRIO
Ciudad / Municipio VILLAVIEJA	DEPARTAMENTO CASANARE	ZONA U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO	
TELÉFONO MÓVIL 310 5604615	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS 9830		

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE PA CD PE	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 22. SEXO F M 23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ÉTNIA	31. DISCAPACIDAD
							Tipo Condición
1							F N M T P
2							F N M T P
3							F N M T P
4							F N M T P

32. DATOS DE RESIDENCIA	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
Ciudad / Mpio. Departamento Zona Teléfono Fijo Teléfono Móvil			COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO ANILADO POR SUS		
1				I II	
2				I II	
3				I II	
4				I II	

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

35. Nombre o Razón Social MABOH	36. Tipo documento de identidad CC CE PA CD PE	37. Número documento de identidad 900476153-6	DV 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN KR-1CN-4-63 Villavieja Casanare	TELÉFONO MÓVIL 6241832	Administración e MABOH S.A.S.	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 04/02/2020	CARGO Ingeniero Civil	SALARIO 877.803	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	42. MOVILIDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	1. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/>	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	2. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/>	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/>	3. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/>
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/>	4. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>	B) DIFERENTE RÉGIMEN <input checked="" type="checkbox"/>
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>
Código <input type="text"/>		16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE <input type="checkbox"/>
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>		17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO <input type="checkbox"/>
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <input type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario Wilson Alexander Ayala Castro	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o independiente por prestación de servicio OSCAR HUERTAS
--	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PE	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
Cantidad: <input type="text"/> Total <input type="text"/>	58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
	62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación DIA MES AÑO	69. Fecha de validación DIA MES AÑO
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------