INGENYO
CONSTRUCCIONES

INFORME SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO DE OBRA: 12-6-10044-25

OBJETO: LOTE 2 "MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES ADSCRITAS AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA, VIVIENDA FISCALES DEANT, REGIONAL DE INCORPORACION NUMERO SEIS, CON EJECUCION POR TRACTO SUCESIVO, A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE."

PERIODO: AGOSTO

ELABORADO POR:

JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA
LIC SST No. 754

MEDELLIN-COLOMBIA

AGOSTO

2025

INGENYO
CONSTRUCCIONES

ANEXOS No.1 BASE DE DATOS PERSONAL ACTIVO

DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	SALUD	PENSIÓN	CAJA FAMILIAR	RIESGO	ARL SURA	
						DESDE	HASTA
1.097.638.405	ERNESTO PEREZ SANDOVAL	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFENALCO SANTANDER	5	29/06/2023	
1.007.917.620	JOHAN STEVEN GUZMAN ORTEGA	FAMISANAR	PROTECCION	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
1.098.609.869	RONALD VILLAMIZAR ORTEGA	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
1.018.461.795	CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ	COMPENSAR	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
91.046.015	EDGAR PEREZ SANDOVAL	SALUD MIA	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
PPT 4114434	EVER JOSÉ SALAZAR VALDERRAMA	COOSALUD	COLPENSIONES	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
PPT 6396123	EVER RAMON SALAZAR	NUEVA EPS	COLPENSIONES	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	9-jul	
1.065.671.220	DAVID RAFAEL CARVAJAL CARRASCAL	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	10-jul	
77.188.703	RAFAEL CARVAJAL PONTON	SANITAS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	10-jul	
1.003.368.578	OSNEIDER HERNANDEZ ESCOBAR	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	10-jul	
1.126.123.427	JUAN CARLOS CORONADO	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	10-jul	
1.096.246.837	ELKIN DANIEL LOPEZ PACHECO	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	13-jul	
1.004.501.419	WILMAR ARROYO GALVIS	SANITAS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	15-jul	
1.095.914.224	CESAR AUGUSTO FERNANDEZ SERRANO	SALUD TOTAL	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	15-jul	
91.479.703	WILINTONG GUTIERREZ ESTEBAN	SALUD TOTAL	COLFONDOS	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	25-jul	
1.066.865.283	CESAR MANUEL ESCORCIA PADILLA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	25-jul	4-ago
91.323.487	LUIS EDUARDO CAMPO TORRES	NUEVA EPS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	25-jul	
1.097.638.327	FABIAN STIVEN PEREZ SILVA	SANITAS	PORVENIR	COMFENALCO ANTIOQUIA	5	29-jul	

INGENYO CONSTRUCCIONES	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	SST-POL-D1
		Versión:	1.0
	POLITICA DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

En **INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S**, estamos comprometidos con la seguridad y salud de nuestros trabajadores y somos conscientes que el progreso de nuestra organización la obtenemos mediante el mejoramiento de la calidad de vida, la protección de la integridad física y mental de nuestro personal, esto lo logramos mediante el control de las condiciones de trabajo y del entorno en nuestras instalaciones donde nuestros trabajadores realizan sus actividades diarias y así mismo dando cumplimiento a cabalidad con todas las normativas legales que rigen en nuestro sector económico.

Tenemos un compromiso con la Seguridad y Salud en el Trabajo en todos los niveles de nuestra empresa, contratistas, proveedores, visitantes o personas que de una u otra forma se relacionan con nuestra actividad extractiva, de esta manera creamos un estilo de vida en el cual involucramos el autocuidado personal, la prevención de accidentes y enfermedades laborales mediante una mejora continua en nuestro programa para la identificación, evaluación y control de los riegos e implementando programas de Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial enmarcados dentro de nuestro Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, nuestros lineamientos son:

- Realizar el Diseño e Implementación del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo acorde los requisitos de la Normatividad vigente en SST y con el desarrollo del mismo establecer proceso de mejora continua.
- Desarrollar un plan de capacitación y entrenamiento orientado a prevenir los peligros y riesgos propios de nuestra actividad económica.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales que en materia de seguridad y salud en el trabajo apliquen a la empresa.
- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
- Fomentar programas de promoción de estilos de vida y trabajo saludables generando de esta manera una cultura de autocuidado en los trabajadores.
- Realizar el plan para la prevención, atención y recuperación ante accidentes de trabajo y emergencias que puedan presentarse en **INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S.**

Está buscando siempre bienestar para sus trabajadores se destaca en brindarles protección y seguridad a sus colaboradores, visitantes y contratistas entre otros, respetándoles así el derecho a una vida sana a través de la conservación de ambientes de trabajo adecuados y saludables,

evitándoles incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades de origen profesional por medio de la identificación, evaluación y control de riesgos.

Para la empresa desarrollar sus actividades, llevar a cabo la realización de sus proyectos, y como su principal objetivo el bienestar de sus trabajadores, se vio en la necesidad de implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el firme propósito de brindar a sus trabajadores ambientes de trabajo sano y sin actos seguros, condiciones seguras que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los mismos y a la calidad de las actividades realizados. Las actividades estarán encaminadas a desarrollar labores con la prevención de enfermedades profesionales mediante el subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo, el mejoramiento de condiciones del ambiente de trabajo orientadas a la evaluación y control de los factores de riesgo identificados, el control de posibles lesiones mediante subprogramas de Higiene y Seguridad Industrial, apoyados por las entidades prestadoras de Salud y la Administradora de Riesgos. La empresa promoverá la capacidad, certificación, recertificación, participación y concertación de los trabajadores en todas las actividades tendientes a la prevención de riesgos profesionales dentro de la empresa.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE Dado en Ibagué Tolima a los 05 días mes de Febrero del año 2024.

DANNY ALEJANDRO BAQUERO SUAREZ
REPRESENTANTE LEGAL
INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S.

ANEXO No.2 PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL-AFILIACIONES

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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	BUCARAMANGA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88116225	$1.413.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	137.000	0		0		0	0	0	0	137.000	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	56.900	0		0		0	0	0	0	56.900	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	1.900	0		0		0	0	0	0	1.900	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	3.800	0		0		0	0	0	0	3.800	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	7.600	0	0	0	0	0	0		7.600	1
230301	Porvenir	800224808-8	570.600	0	0	0	0	0	0		570.600	5
231001	Colfondos	800227940-6	7.600	0	0	0	0	0	0		7.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	258.200	0	0	0	0	0	0		258.200	5

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	147.700				147.700	0	0	147.700			1.477	147.700	12

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	211.100	0	0	211.100	12

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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS		CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				12	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88118225	$1.413.900	

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	8	211.100	211.100
Pensión	4	844.000	844.000
Riesgos Laborales	1	147.700	147.700
CCF	1	211.100	211.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	1.413.900	1.413.900

PAGA 16163975

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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS		CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E		88118225	$1.413.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Sueldo	Salmisyam	Colom. exterior	Extranjero	IRQ	RET	TDE	TAL	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1007917626	GUZMAN ORTEGA JOHAN STEVEN	1	0			S	X	X															230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	1018461785	SOTELO GOMEZ CRISTIAN ANTONIO	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS008	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	1097638405	PEREZ SANDOVAL ERNESTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF40	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
CC	1098607424	MARTINEZ OJEDA JORGE ANDRES	1	0			S	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF40	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
CC	13722103	FLOREZ RONALD HUMBERTO	1	0			S	X	X															25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	ESSC24	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	15406505	AREIZA CARDONA JAVIER ALONSO	1	0			S	X	X															231001	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS010	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	77188703	CARVAJAL PONTON RAFAEL	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS005	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	91046015	PEREZ SANDOVAL EDGAR	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS046	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	91519499	LEON SUAREZ RICARDO	1	0			S	X	X															25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
PT	4114434	SALAZAR VALDERRAMA EVER JOSE	1	0			S	X	X															25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	ESSC24	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
PT	5396123	SALAZAR EVER RAMON	1	0			S	X	X															25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF40	47.450	1.900	0	0	0	0	0
CC	1098668787	MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF40	2.000.000	80.000	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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E		88642928	$5.906.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.700	0		0		0	0	0	0	218.700	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	74.100	0		0		0	0	0	0	74.100	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	41.800	0		0		0	0	0	0	41.800	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	36.100	0		0		0	0	0	0	36.100	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	64.600	0		0		0	0	0	0	64.600	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	153.900	0		0		0	0	0	0	153.900	4
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	38.000	0		0		0	0	0	0	38.000	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	43.700	0		0		0	0	0	0	43.700	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	372.200	0	0	0	0	0	0		372.200	3
230301	Porvenir	800224808-8	1.968.100	0	0	0	0	0	0		1.968.100	13
231001	Colfondos	800227940-6	273.400	0	0	0	0	0	0		273.400	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	577.200	0	0	0	0	0	0		577.200	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.145.300				1.145.300	0	0	1.145.300			11.453	1.145.300	22

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF03	Comfenalco Antioquia	890900842-6	571.900	0	0	571.900	16
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	213.000	0	0	213.000	6

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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	BUCARAMANGA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E		88642928	$5.906.000	

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	9	784.900	784.900
Pensión	4	3.190.900	3.190.900
Riesgos Laborales	1	1.145.300	1.145.300
CCF	2	784.900	784.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	16	5.906.000	5.906.000

PAGA 1679607

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	901627436-8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	CARRERA 13W N 45A-02	3183936340	JINNETHMOLINA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E		88642928	$5.906.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003368578	HERNANDEZ ESCOBAR OSNEIDER	1	0			S	X														230301	998.450	159.500	0	0	0	0	EPS002	998.450	39.900	14-11	998.450	5	59.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
2	CC	1004501419	ARROYO GALVIS WILMAR	1	0			S	X														230301	759.200	121.500	0	0	0	0	EPS005	759.200	30.400	14-11	759.200	5	52.960	CCF03	759.200	30.400	0	0	0	0	0
3	CC	1007917620	GUZMAN ORTEGA JOHAN STEVEN	1	0			S	X														230201	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS017	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.860	CCF03	901.550	36.100	0	0	0	0	0
4	CC	1007917620	GUZMAN ORTEGA JOHAN STEVEN	1	0			S									X						230201	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	0	14-11	142.350	5	0	CCF03	142.350	0	0	0	0	0	0
5	CC	1018481795	SOTELO GOMEZ CRISTIAN ANTONIO	1	0			S	X														230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS008	1.043.900	41.800	14-11	1.043.900	5	72.700	CCF03	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
6	CC	1065571220	CARVAJAL CARRASCAL DAVID RAFAEL	1	0			S	X														230301	998.450	159.500	0	0	0	0	EPS041	998.450	39.900	14-11	998.450	5	69.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
7	CC	1065865263	ESCORCIA PADILLA CESAR MANUEL	1	0			S	X														230201	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS037	284.700	11.400	14-11	284.700	5	19.900	CCF03	284.700	11.400	0	0	0	0	0
8	CC	1097638327	PEREZ SILVA FABIAN STIVEN	1	0			S	X														230301	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS005	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF40	94.900	3.800	0	0	0	0	0
9	CC	1097638405	PEREZ SANDOVAL ERNESTO	1	0			S															230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	1	7.600	CCF40	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
10	CC	1098507424	MARTINEZ OJEDA JORGE ANDRES	1	0			S															25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF40	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
11	CC	1098609869	VILLAMIZAR ORTEGA RONALD	1	0			S	X														230301	1.043.900	167.100	0	0	0	0	EPS037	1.043.900	41.800	14-11	1.043.900	5	72.700	CCF03	1.043.900	41.800	0	0	0	0	0
12	CC	15406505	CARDONA AREIZA JAVIER ALONSO	1	0			S	X														231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF03	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
13	CC	77168703	CARVAJAL PONTON RAFAEL	1	0			S	X														230301	998.450	159.500	0	0	0	0	EPS005	998.450	39.900	14-11	998.450	5	69.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
14	CC	91040015	PEREZ SANDOVAL EDGAR	1	0			S	X														230301	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS046	949.000	38.000	14-11	949.000	5	66.100	CCF03	949.000	38.000	0	0	0	0	0
15	CC	91040015	PEREZ SANDOVAL EDGAR	1	0			S									X						230301	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS046	94.900	0	14-11	94.900	5	0	CCF03	94.900	0	0	0	0	0	0
16	CC	91323487	CAMPO TORRES LUIS EDUARDO	1	0			S	X														230301	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS037	284.700	11.400	14-11	284.700	5	19.900	CCF40	284.700	11.400	0	0	0	0	0
17	CC	1095914224	FERNANDEZ SERRANO CESAR AUGUSTO	1	0			S	X														230301	759.200	121.500	0	0	0	0	EPS002	759.200	30.400	14-11	759.200	5	52.960	CCF03	759.200	30.400	0	0	0	0	0
18	CC	1090246537	LOPEZ PACHECO ELKIN DANIEL	1	0			S	X														230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS041	854.100	34.200	14-11	854.100	5	59.660	CCF03	854.100	34.200	0	0	0	0	0
19	CC	91479703	GUTIERREZ ESTEBAN WILINGTON	1	0			S	X														231001	284.700	45.600	0	0	0	0	EPS002	284.700	11.400	14-11	284.700	5	19.900	CCF03	284.700	11.400	0	0	0	0	0
20	PT	4114434	SALAZAR VALDERRAMA EVER JOSE	1	0			S	X														25-14	998.450	159.500	0	0	0	0	ESSC24	998.450	39.900	14-11	998.450	5	69.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
21	PT	4114434	SALAZAR VALDERRAMA EVER JOSE	1	0			S									X						25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	ESSC24	47.450	0	14-11	47.450	5	0	CCF03	47.450	0	0	0	0	0	0
22	PT	6396123	SALAZAR EVER RAMON	1	0			S	X														25-14	998.450	159.500	0	0	0	0	EPS041	998.450	39.900	14-11	998.450	5	69.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
23	PT	6396123	SALAZAR EVER RAMON	1	0			S									X						25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.450	0	14-11	47.450	5	0	CCF03	47.450	0	0	0	0	0	0
24	CC	1098668797	MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH	1	0			S															230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	1	15.500	CCF40	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
25	CC	1126123427	CORONADO CASTRO JUAN CARLOS	1	0			S	X														230201	998.450	159.500	0	0	0	0	EPS041	998.450	39.900	14-11	998.450	5	69.400	CCF03	998.450	39.900	0	0	0	0	0
26	CC	13722102	FLOREZ RONALD HUMBERTO	1	0			S	X	X													25-14	94.900	15.200	0	0	0	0	ESSC24	94.900	3.800	14-11	94.900	5	6.700	CCF40	94.900	3.800	0	0	0	0	0

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901463466	3	INGENYO CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 93 14 65 SUR TO 2 AP 1104 FORTEZZA	IBAGUE-TOLIMA	3114823801	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1683357214	9490092905	E	2025/08/19	2025/08/06	BANCOLOMBIA	0	$4,097,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
Centro de Trabajo: OFICINA (2 Afiliados)						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (2 Afiliados)						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
1	CC	1005715319	CARO MARIA	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF50	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500
2	CC	1005717505	PARRA DAVID	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF50	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRATIVA (2 Afiliados)						$4,375,000	$700,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000		$304,500		$0	$0		$1,354,500
Centro de Trabajo: ADMIN Y OBRA (1 Afiliados)						$4,375,000	$700,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000		$304,500		$0	$0		$1,354,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$4,375,000	$700,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000	$175,000			$4,375,000		$304,500		$0	$0		$1,354,500
3	CC	1110544319	BAQUERO DANNY	23020 1	30	$4,375,000	$700,000	EPS005	30	$4,375,000	$175,000	CCF21	30	$4,375,000	$175,000	14-11	30	$4,375,000	6.960%	$304,500	30	$0	$0	Si	$1,354,500
Centro de Trabajo: OFICINA (1 Afiliados)						$2,845,000	$455,200			$2,845,000	$113,800			$2,845,000	$113,800			$2,845,000		$14,900		$0	$0		$697,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,845,000	$455,200			$2,845,000	$113,800			$2,845,000	$113,800			$2,845,000		$14,900		$0	$0		$697,700
4	CC	1110588827	HERRERA ANDRES	23030 1	30	$2,845,000	$455,200	EPS005	30	$2,845,000	$113,800	CCF21	30	$2,845,000	$113,800	14-11	30	$2,845,000	0.522%	$14,900	30	$0	$0	Si	$697,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: NAVAL 2015 (3 Afiliados)						$3,890,900	$622,700			$3,890,900	$155,800			$3,890,900	$155,800			$3,890,900		$270,900		$0	$0		$1,205,200
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS (3 Afiliados)						$3,890,900	$622,700			$3,890,900	$155,800			$3,890,900	$155,800			$3,890,900		$270,900		$0	$0		$1,205,200
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (3 Afiliados)						$3,890,900	$622,700			$3,890,900	$155,800			$3,890,900	$155,800			$3,890,900		$270,900		$0	$0		$1,205,200
5	CC	15406505	CARDONA JAVIER X	23100 1	22	$1,043,900	$167,100	EPS010	22	$1,043,900	$41,800	CCF04	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	6.960%	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
6	CC	1098607424	MARTINEZ JORGE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	1095833302	SANTOS LUIS	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total Afiliados(7)						$14,534,400	$2,325,700			$14,534,400	$581,600			$14,534,400	$581,600			$14,534,400		$608,300		$0	$0		$4,097,200

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 901463466	3	INGENYO CONSTRUCCIONES S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 93 14 65 SUR TO 2 AP 1104 FORTEZZA	IBAGUE-TOLIMA	3114823801	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1683357214	9490092905	E	2025/08/19	2025/08/06	BANCOLOMBIA	0	$4,097,200

RESUMEN DE PAGO

CONCEPTO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS A FAVOR	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				7	$2,325,700	$0	$0	$2,325,700
COLFONDOS	23I001	800,227,940	6	1	$167,100	$0	$0	$167,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$775,600	$0	$0	$775,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$683,000	$0	$0	$683,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$700,000	$0	$0	$700,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$608,300	$0	$0	$608,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$608,300	$0	$0	$608,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$581,600	$0	$0	$581,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$288,800	$0	$0	$288,800
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	3	$155,800	$0	$0	$155,800
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	2	$137,000	$0	$0	$137,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				7	$581,600	$0	$0	$581,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$98,800	$0	$0	$98,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$368,800	$0	$0	$368,800
TOTAL				7	$4,097,200	$0	$0	$4,097,200

2025/08/06 02:08 PM

INGENYO
CONSTRUCCIONES

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL
DANNY ALEJANDRO BAQUERO SUAREZ
C.C. 1.110.544.319

CERTIFICA

Que la empresa INGENYO CONSTRUCCIONES SAS, identificada con NIT No. 901.643.466-3 y en su calidad de representante legal del mismo, el señor DANNY ALEJANDRO BAQUERO, identificada con C.C No. 1.110.544.319 de IBAGUE, ha venido cumpliendo con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión, riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a él como contratista y la de todos los empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las empresas Promotoras de Salud – EPS, Fondos de Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales-ARL, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio acional de Aprendizaje Sena, dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de la presente certificación.

Ley 789 del 2002 y Art. 23 de la Ley 1150 de 2007 Esta certificación se expide a solicitud de la POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA DE ANTIOQUIA a los diecinueve (19) días del mes de Julio de 2025

DANNY ALEJANDRO BAQUERO SUAREZ
CC. 1.110.544.319
INGENYO CONSTRUCCIONES S.A.S
NIT 901.463.466-3

INGENYO

ANEXO No. 3. DOCUMENTOS DE INGRESO (CEDULA DE CIUDADANIA, AFILIACIONES EXAMENES DE INGRESO, OTROS)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.638.405

PEREZ SANDOVAL

APELLIDOS

ERNESTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1987

SAN JOAQUIN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-FEB-2006 GUEPSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

ARL | sura

Medellín, 06 de Julio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - ISAIAS ARDILA DIAZ, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1097638405	PEREZ SANDOVAL ERNESTO	29/06/2023		251164V2	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:C10986687972318743085

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 06/07/2023 11:58:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.232.201.27, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Agosto / 4 de 2023

Señor (a): ERNESTO PEREZ SANDOVAL
CC. 1097638405
CL 44 39 09
BUCARAMANGA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2022, y su estado afiliación es Activo como COMPAÑERO(A).

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Radicado No.
Fecha de creación : 06/07/2023 11:54:12 AM
Fecha de radicación : 06/07/2023 11:54:00 AM
ITD_202307061154_1097638405

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 901627436	8	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS

Sucursal	Agencia
PRI - GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.097.638.405	2006/02/10	SANTANDER	GUEPSA	1987/07/07

Nombres y apellidos			
ERNESTO		PEREZ	SANDOVAL

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CR 13W 45A 02	CAMPO HERMOSO

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA		3169686868

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
EPSPEREZ66@GMAIL.COM	SECUNDARIA (6° A 9°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2023/06/29	OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCION DE OBRA GRUESA Y AFINES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,160,000	0	1,160,000

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia	Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M o F	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaria
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.E) Permiso especial de permanencia
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Como empleador, declaro haber informado a los titulares que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de estos para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Firma del empleador
Número documento empleador 901627436

porvenir
sólo hay uno

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:

ERNESTO PEREZ SANDOVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.097.638.405**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Julio del 2023.

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.

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 143,259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Nombre de la empresa	Empresa usuaria

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

PEREZ SANDOVAL ERNESTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS, 5 MESES Y 8 DÍAS	CC	1097638405
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	PERFIL LIPIDICO

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
----------	----------	----------
----------	----------	----------

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EVITAR MOVILIZAR CARGAS MAYORES A 20 KG. ENFASIS EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS CON ADECUADOS HABTIOS DE HIGIENE POSTURAL TANTO DE PIE COMO SENTADO BUENA POSTURA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	Firma: 
Nombre: RIOS CABRALES CARLOS ANDRES	Nombre: PEREZ SANDOVAL ERNESTO
R. M.: 1098780373 L.S.O.: 12821	CC: 1097638405

ARL | sura

Medellín, 24 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000023 DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1066865283	ESCORCIA PADILLA CESAR MANUEL	25/07/2025		2132374t	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 24/07/2025 11:41:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.066.865.263
ESCORCIA PADILLA

APELLIDOS

CESAR MANUEL

NOMBRES

CESAR E.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-2003
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-NOV-2021 LA JAGUA DE IBIRICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500850-01267511-M-1066865263-20211120 0076600402A 1 4560047594

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 21/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS identificado con NIT 901627436 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
21/07/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4015158342	CEDULA DE CIUDADANIA	1095914224	CESAR AUGUSTO FERNANDEZ SERRANO	$ 1,423,500.00	Dependiente	15/07/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes julio del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CESAR AUGUSTO FERNANDEZ SERRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.914.224**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

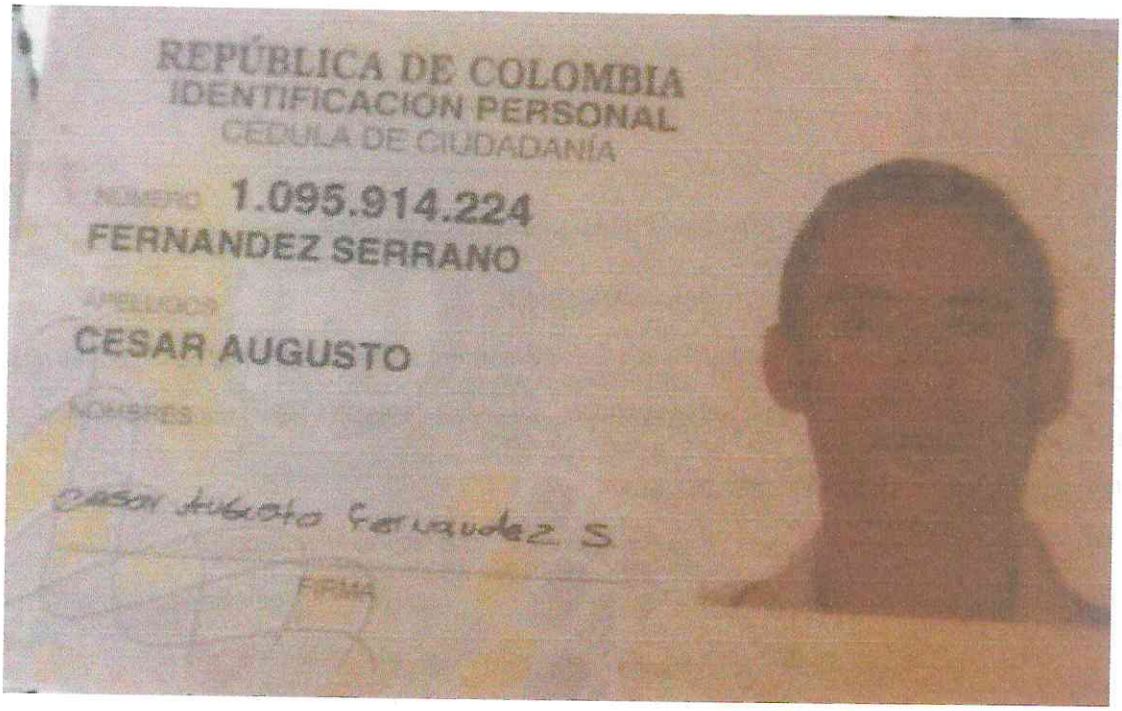
La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2025.

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 1.095.914.224
FERNANDEZ SERRANO

APELLIDOS
CESAR AUGUSTO

NOMBRES
Cesar Augusto Fernandez S

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1988
GIRON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-AGO-2006 GIRON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-2706100-00546812-M-1095914224-20160908 0050938385A 1 7413882859

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000022 - SUB ESTACIÓN SAN MIGUEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1095914224	FERNANDEZ SERRANO CESAR AUGUSTO	15/07/2025		14372315	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:C10986687972520271302

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 21/07/2025 19:48:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.33.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9068752	24/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1066865283	CESARMANUEL ESCORCIA PADILLA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESCORCIA PADILLA CESAR MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.066.865.283** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de febrero de 2024 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de julio de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT, C.C, C.E, P.A, T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones MP SAS	NIT X	901624436	3244058024	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
Escoria	Padilla	TI X	1066865283	2003 09 18	M X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Cesar	Manuel				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE ☒ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BASICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☒ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☒ | BISEXUAL ☐ | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐ | NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☒

FECHA ING. EMPRESA (AÑO MES DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 07 23	1'423.500	albanil	ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cll 71 #65-20	Antioquia	Castilla	URBANO X / RURAL	

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3244072776	CesarManuelescorciapadi@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No.-_____ ENTIDAD BANCARIA _____
Tipo de Cuenta: Ahorro: ☐ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ NO ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TI CC CE PA PE CD CA VS TM)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BASICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA ADULTOS ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLOGICO ☐ | POSGRADO/MAESTRIA ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | INFORMACION NO DISPONIBLE ☐ | NINGUNO ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | AMA DE CASA ☐ | TRABAJA ☐ | PENSIONADO ☐ | INDEPENDIENTE ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA SI ☐ NO ☐	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC TI CC CE PA VS PE)	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F M I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	PARENTESCO (Hija, Hijastro/Entenado, Padre, Madre, Hermano/Hijastro de Padres)	Estudia (SI NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI NO)

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR / IDENTIFICACIÓN:	RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes regladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V20 - 11 - 2019

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.461.795

SOTELO GOMEZ

APELLIDOS

CRISTIAN ANTONIO

NOMBRES



CRISTIAN SOTELO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-SEP-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 1500150 00758130 M 1018461795 20160304 00488[illegible]A 2 164[illegible]

ARL | sura

Medellín, 12 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - ESTACIÓN DE POLICÍA VALDIVIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1018461795	SOTELO GOMEZ CRISTIAN ANTONIO	09/07/2025		gKj10V17	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:C10986687972519355462

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 12/07/2025 15:24:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.95.26, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Antioquia

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / P.A. / T.I.)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mp Sas	NIT: X	901627436	3204031059	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Sotelo	Gomez	T.I.: X	1018461795	1993 / 09 / 04	M: X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Cristian	Antonio				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE X | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS X | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO X | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ | BISEXUAL X | HOMOSEXUAL ☐ | INF. NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NINGUNA DE LAS ANTERIORES X | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
2025 / 09 / 09	1.423.500	Obrero	ayudante de obra.

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☐ OBRA REALIZADA ☐ FIJO X FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cll 90 #95 6-02	Bogotá	Engativá	URBANO X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cll 10 #9-69	Valdivia	Valdivia	URBANO X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 X 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3204031059	

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 013 00009223 *ENTIDAD BANCARIA* Bancolombia.
Tipo de Cuenta: Ahorro: X Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ NO ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA (SI ☐ / NO ☐)	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. / T.I. / C.C. / C.E. / P.A. / V.S. / P.E.)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijastro / Padre / Madre / Hermano Hasta de 18 / Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
NIT. 901.627.436
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

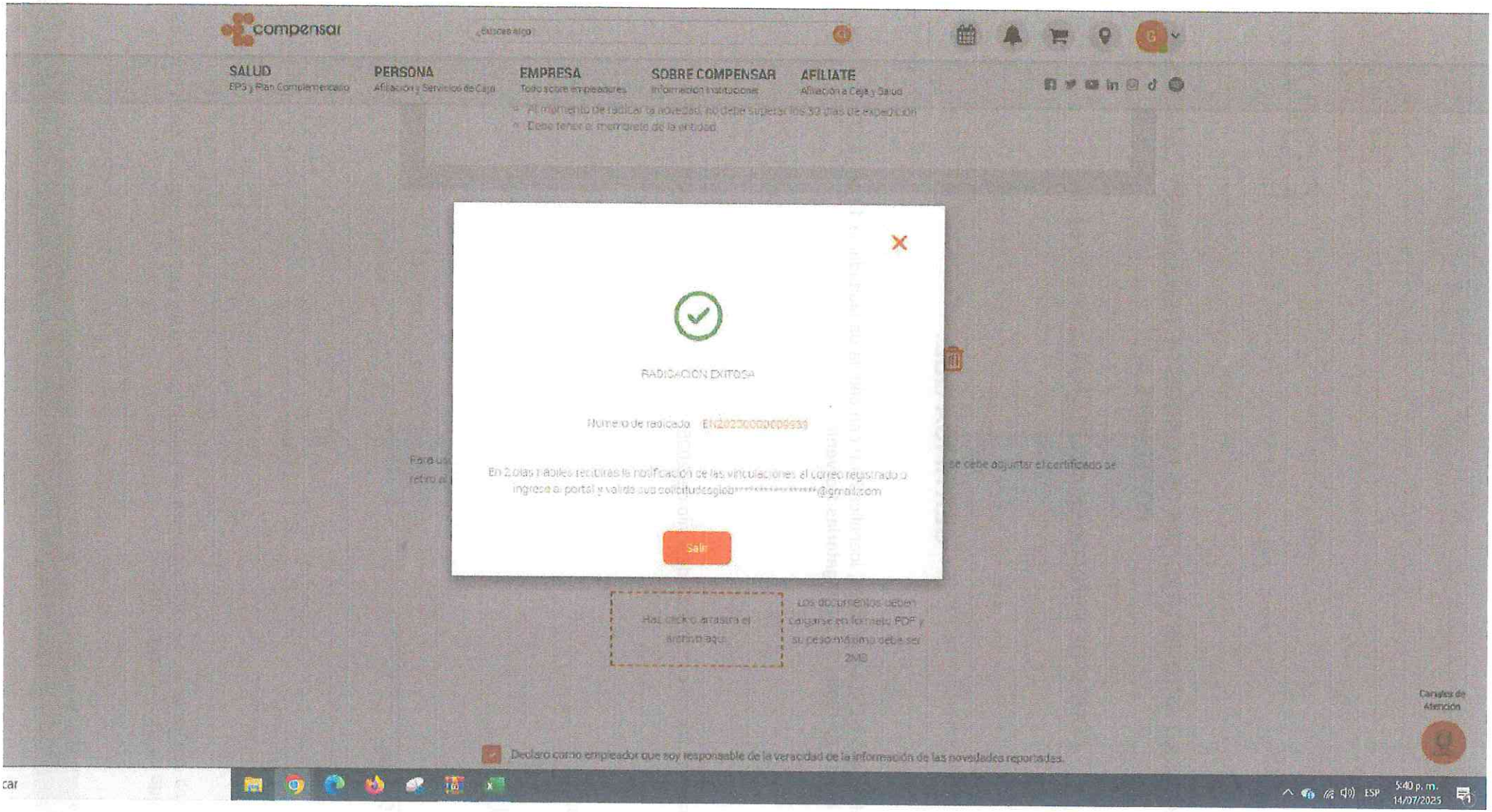
Cristian Sotelo
FIRMA DEL TRABAJADOR
IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes vigiladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V.01 11 2019


compensar
¿Buscas algo
SALUD
EPS y Plan Complementario
PERSONA
Afiliación y Servicios de Caja
EMPRESA
Todo sobre empleadores
SOBRE COMPENSAR
Información Institucional
AFILIATE
Afiliación a Caja y Salud
RADICACION EXITOSA
Numero de radicado
En 2 días hábiles recibirás la notificación de las vinculaciones al correo registrado o ingresa al portal y valida tus solicitudes
Salir
Haz click o arrastra el archivo aquí
Los documentos deben cargarse en formato PDF y su peso máximo debe ser 2MB
Declaro como empleador que soy responsable de la veracidad de la información de las novedades reportadas.
ESP
5:40 p. m.
14/07/2025

porvenir
sólo hay uno

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:

CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.461.795**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Junio del 2025.

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.

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 14453

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1018461795

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Villavicencio del 23 junio 2025 al 26 junio 2025, se expide en Villavicencio el 26 junio 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

OSCAR SAMUEL ABAUNZA ESPITIA
RES No. 3985 02/11/2016

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

NOMBRE:
CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1018461795

EXPEDICIÓN
6 de junio de 2025

CONSECUTIVO
TSA-14453

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

MEDICID

Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	BUCARAMANGA
Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Número
SOTELO	GOMEZ	CRISTIAN	ANTONIO	31 años	CC	1018461795

CARGO	SECCIÓN
ORNAMENTADOR	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL. USO DE GAFAS DE MANERA PERMANENTE

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Prueba de Vertigo ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:
- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:	**USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:**
Lesly Quintero	Cristian Sotelo Gómez
Firma: _____	Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN	Nombre: CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZZ
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544	Documento: CC 1018461795

HALCON SST SAS
NIT 901738580-7

Licencia SST Res. No. 9169 15/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación ICONTEC - CS CER1062739, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

TSA - 14453

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1018461795

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Villavicencio del 23 junio 2025 al 26 junio 2025, se expide en Villavicencio el 26 junio 2025

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

OSCAR SAMUEL ABAUNZA ESPITIA
RES No. 3985 02/11/2016

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3046051896
http://www.halconalturas.com - halconsstsas@gmail.com - Dirección: CARRERA 44B 33B 126 LOCAL 1 - Barzal

HALCON SST S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

NOMBRE:
CRISTIAN ANTONIO SOTELO GOMEZ

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1018461795

EXPEDICIÓN
6 de junio de 2025

CONSECUTIVO
TSA-14453

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3046051896 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.HALCONALTURAS.COM

Oscar Javier Velasquez Hernandez
REPRESENTANTE LEGAL

www.halconalturas.com

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.097.638.327



Apellidos
PEREZ SILVA

Nombres
FABIAN STIVEN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.79	M

Fecha de nacimiento — G.S.
05 AGO 2005 O+

Lugar de nacimiento
GUEPSA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
08 SEPT 2023, GIRON

Firma

Fecha de expiración
08 SEPT 2033

0312016782

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0312016786270910<<<<<<<<<<<
0508056M3309081COL1097638327<1
PEREZ<SILVA<<FABIAN<STIVEN<<<<

ARL | sura

Medellín, 28 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000023 DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1097638327	PEREZ SILVA FABIAN STIVEN	29/07/2025		wbi18926	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 28/07/2025 18:43:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 830.251.449-6
CODIGO 905. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

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

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. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: PEREZ	Segundo apellido: SILVA	Primer nombre: FABIAN	Segundo nombre: STIVEN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA CIUDADANIA	1097.638.327	Femenino [ ] Masculino [X]	05882005

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1 423.500

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	CRA 30ª 34ª 41		3223742744	fabianstevenperez25 ilva@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bucaramanga	Urbana [X] Rural [ ]	GIRON	SANTANDER

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo			Condicion	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Global Construcciones MP SAS.	NIT [ ]	901627436	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cra 13 w 45 a 02		globalconstruccionesmp@gmail.com	Bucaramanga.	Santander.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PEREZ	SILVA	FABIAN	STEVEN

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
CEDULA CIUDADANIA	1.097.638.327	[ ]	[X]	30/07/2025	29 07 2025

43. EPS Anterior | **44. Motivo de Traslado** Código [ ] | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
NIT. 901.627.436

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad
  Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 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 [ ] Código del Departamento [ ]

67. Datos del SISBÉN — Número de Ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación | **69. Fecha de Validación**

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mp SAS.	X	901627436	3247058024	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
Perez	Silva	TI X	1.097638323	2005 08 05	M X
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**				
fabian	Stiven				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE X | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLOGICO X | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL X | HOMOSEXUAL ☐ | BISEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NO SE QUISO RESPONDER ☐ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐ X

FECHA ING. EMPRESA (AÑO MES DÍA)	DÍAS TRABAJADOS	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 07 29	190	1'423.500	Conductor	Conductor

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO X OBRA REALIZADA ☐ FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Carrera 30ª # 34ª - 41	Bucaramanga	Girón	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Carrera 10 # 9-69	Medellin - Antioquia		X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4X 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR 3044150217 | CORREO ELECTRÓNICO fabianstivenperezsilva@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 49676834038 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: X Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

¿CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE TIENE DERECHO A CUOTA MONETARIA?

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLOGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁ.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA SI ☐ NO ☐	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS Y QUE DESEA AFILIAR EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS				TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN							NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO						Estudia		PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RC	TI	CC	CE	PA	VS	PE		F	M	I	AÑO	MES	DÍA	Hijo	Hijo de Compañero(a)	Padre	Madre	Hermano Huérfano de Padres		SI	NO	SI	NO

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA | FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR / IDENTIFICACIÓN: | RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V06-11-2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.065.671.220
CARVAJAL CARRASCAL

APELLIDOS

DAVID RAFAEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-2003
ZULIA-JESUS MARIA SEMPRUM
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | B- G.S. RH | M SEXO

23-AGO-2021 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-2708250-01263912-M-1065671220-20211106 0076182280A 1 9502718812

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000021 - SUB ESTACIÓN EL JORDAN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1065671220	CARVAJAL CARRASCAL DAVID RAFAEL	10/07/2025		226qu244	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:C10986687972520060516

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/07/2025 16:48:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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:

DAVID RAFAEL CARVAJAL CARRASCAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.671.220**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Julio del 2025.

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9053338	21/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1065671220	DAVIDRAFAEL CARVAJAL CARRASCAL	1432500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mp Sas	NIT X	901627436	3247058924	616001

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
Carvajal	Carrascal	TI X	1065671220	25 08 12	M X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
David	Rafael				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNION LIBRE ☒ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☒ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☒ | BISEXUAL ☐ | HOMOSEXUAL ☐ | INF. NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NO APLICA/NO DISPONE ☒ | ROOM/GITANO ☐ | INDÍGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO MES DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 07 10	1.423.500	Albanil	ayudante de obra.

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cll 109 15 - 67	Bucaramanga	norte	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 # 9-69	valdibia	Valdibia	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR: 3213881073 | CORREO ELECTRÓNICO: Davidrafael203@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No: 79287250458 ENTIDAD BANCARIA: bancolombia.
Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No			

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI CC CE PA PE CD CA VS TM			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁ.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACION	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC TI CC CE PA VS PE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F M I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	PARENTESCO (Hijo, Hijo en Condición, Padre, Madre, Hermano Huérfano de Padres)	Estudia (SI NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI NO)

OBSERVACIONES:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

DAVID Rafael Carvajal Carr.

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos aquí relacionados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes regionales.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Super Subsidio

V.01 - 11 - 2019

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	BUCARAMANGA
Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

CARVAJAL	CARRASCAL	DAVID	RAFAEL	21 años	CC	1065671220
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Número

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE BARRIDO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ Si ● No Se entrega formato de remisión a EPS: ○ Si ● No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES
Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL SG SST DE LA EMPRESA, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA EMPRESARIAL, MANEJO ADECUADO DE PESOS Y CARGAS SEGÚN LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:
- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:

Silvia Ramirez

Firma: _____
Nombre: Dr(a) SILVIA JULIETH RAMÍREZ BOHÓRQUEZ
Registro Médico: 1098737155 Licencia Salud Ocupacional: 16792

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

David Carvajal

Firma: _____
Nombre: DAVID RAFAEL CARVAJAL CARRASCAL
Documento: CC 1065671220

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012
RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 27835

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

DAVID RAFAEL CARVAJAL CARRASCAL

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1065671220

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 06 julio 2025, se expide en Bogotá el 06 julio 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
RES No. 2057 13/03/2023

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1896
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 59 Sur 40 - Bogotá - Colombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.046.015

PEREZ SANDOVAL
APELLIDOS

EDGAR
NOMBRES

Edgar Perez S
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1978
SAN JOAQUIN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAR-1998 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000022 - SUB ESTACIÓN SAN MIGUEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C91046015	PEREZ SANDOVAL EDGAR	09/07/2025		22922818	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:C10986687972520271278

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 21/07/2025 19:47:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.33.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fundación SaludMía EPS

Limpiar Formulario

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo Tramite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación [X]	A. Individual: Cotizante o Cabeza e Familia [X]	A. Contributivo [X]	SI [ ]
B.Reporte de Novedades [ ]	Beneficiario o Afiliado Adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	NO [X]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]		

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 [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA)

8. Apellidos y Nombres			
Perez	Sandoval	Edgar	

9. Tipo Documento de Identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
Cedula Ciudadania	91.046.615	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento	15. Fecha de Nacimiento
Colombia	País: Colombia; Departamento: Santander; Municipio: San Joaquin	20-Agosto-1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene Encuesta SISBÉN	20. Clasificacion SISBÉN
		SI [ ] NO [X] Categoria Discapacidad	SI [ ] NO [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]

21. Grupo de Poblacion Especial	22. Administradora de Riesgos laborales -ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaridad
	Sura	porvenir	1.423.500	

26. Residencia				
AV 60 # 146 C-21				301 728 1325.
Santander	Bucaramanga	Floridablanca	edgarsandoval79@gmail.com	

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 Cotizante

27. Apellidos y Nombres			

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

33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento
País; 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 de Documento de Identidad	37. Numero del Documento de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico		40. Sexo Identificación						41.Lugar de Nacimiento			42. Fecha Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46.Grupo Poblacional	47. Tiene Encuesta Sisbén	48.Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. incapacidad Permanente
						Nivel	Grupo	si	no	Categoria de Discapacidad	
B1					si [ ] no [ ]						si [ ] no [ ]
B2					si [ ] no [ ]						si [ ] no [ ]
B3					si [ ] no [ ]						si [ ] no [ ]
B4					si [ ] no [ ]						si [ ] no [ ]
B5					si [ ] no [ ]						si [ ] no [ ]

51. Datos de Residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono 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 Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la institucion prestadora de sercos de Salud - IPS

	C	54.Código de la IPSta registrada por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Vigilado Supersalud

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE Y DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo del documento de identidad	57. Número del documento de identidad	58. Tipo de Aportante o Pagador de Pensiones. (A Registrar por la EPS)
Global Construcciones mp	NIT	901627436	

59. Ubicación Dirección: Cra 73 w 45 902 — Telefon fijo o Celular: 3247058924

Correo electronico: globalconstruccionesmp@gmail.com — Departamento: Santander — Municipio/Distrito: Bucaramanga

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 Pagos a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de Beneficiarios o de Afiliados Adicionales
- [x] 9. Inicio de la relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o perdidas de la 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 LA NOVEDAD

61. Datos basicos de identificación

Edgar	perez	Sandoval	

Tipo Documento de Identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo de identificación	64. Fecha de Nacimiento
CC	91 046 015	Femenino [ ] Masculino [x]	F [ ] M [x] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	20 - 08 - 1978

65. EPS Anterior

66.Fecha Novedad: 09-07-2025

67. Motivo de traslado Código

68. Caja de Compensación familiar o pagador de la pensión: comfenalco

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 contributivo, expecial o exepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impide la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
- [ ] 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 afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requiera
- [ ] 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 2012 y decreto 1377 2013
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envié 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 de sisben vigente.

VIII. CONTRIBUCION SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hara cargo del pago de la contribucion solidaria

Tipo de documento de identidad: Numero del documento de identidad:

X. 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 Oficina

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT 901.627.436

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documneto de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	SD	SC	PT
Cantidad									

Total Anexos: 0

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica , acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital
- [ ] 85. Copia de escritura publica o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 donde conste la perdida 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 del traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del articulo 2.1.7.3 del decreto 780 de 2016
- [ ] 90. Certificado 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 TERRITORIA Y/O INSTITUTO RESPONSABLE DE LA 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 LA POBLACIÓN ESPECIAL

94.Apellidos y nombre

Tipo de documento de identidad: Numero del documento de la entidad: 95. Firma Funcionario:

96. Fecha Radicación: 97. Fecha de validación:

Observaciones

Vigilado Supersalud

porvenir
sólo hay uno

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 PEREZ SANDOVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.046.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Junio del 2025.

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.

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mpsas	NIT X	901627436	3247058424	6bba 1

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
Perez	Sandoval				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI X CC CE PA PE CD CA VS TM	91046015	78 08 20	M X
Edgar					

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) | CASADO(A) | UNIÓN LIBRE X | SEPARADO(A) | VIUDO(A) | NO DISPONIBLE

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA | MEDIA | SECUNDARIA ADULTOS | TÉCNICO/TECNOLÓGICO | UNIVERSITARIO | NINGUNO X | SECUNDARIA | BÁSICA ADULTOS | MEDIA ADULTOS | POSGRADO/MAESTRIA | INFORMACION NO DISPONIBLE

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL | BISEXUAL X | HOMOSEXUAL | INF NO DISPO

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO | PALANQUERO | COMUNIDAD NEGRA | NINGUNO DE LAS ANTERIORES X | ROOM/GITANO | INDIGENA | RAIZAL SAN ANDRES | NO DISPONIBLE

FECHA ING. EMPRESA (AÑO MES DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 07 09	1.423.500	Albanil	maestro obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO X | OBRA REALIZADA | FIJO | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
AV 60 #146 c-21	Bucaramanga	floridablanca	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cll 10 # 9-69.	Valdivia	Valdibia	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4☒ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR 3011281325 | CORREO ELECTRÓNICO edgarperez09@gmail.com.

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 316 7834639 ENTIDAD BANCARIA NEQUI

Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO	SALARIO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI CC CE PA PE CD CA VS TM			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA | MEDIA | SECUNDARIA ADULTOS | TÉCNICO/TECNOLÓGICO | UNIVERSITARIO | NINGUNO | SECUNDARIA | BA ADULTOS | MEDIA ADULTOS | POSGRADO/MAESTRIA | INFORMACION NO DISPONIBLE

OCUPACIÓN: ESTUDIA | TRABAJA | INDEPENDIENTE | AMA DE CASA | PENSIONADO

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (RC TI CC CE PA VS PE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F M I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	PARENTESCO (Hijo Hijastro Conyuge Padre Madre Hermano Huerfano de Padres)	Estudia (SI NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI NO)

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

EDGAR PEREZ

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certificamos que los datos aquí relacionados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es bajo los preceptos de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V10 11 2019



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.046.015

PEREZ SANDOVAL
APELLIDOS

EDGAR
NOMBRES

Edgar Perez S
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1978
SAN JOAQUIN
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

31-MAR-1998 SAN VICENTE DE CHUCURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

concasa

Bucaramanga, 03 de Junio del 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente CERTIFICO que el Señor **EDGAR PEREZ SANDOVAL** identificado con cédula de ciudadanía **No. 91.046.015** expedida en San Vicente del Chucuri (Santander), laboro con nuestra empresa en el cargo de oficial de construcción en los periodos de:

- Proyecto Venneto Apartamentos: desde el 11 de Septiembre del 2015 hasta 01 Diciembre del 2016 y desde 18 Febrero 2017 hasta 30 Noviembre 2017.
- Proyecto Tozcana Apartamentos: desde 08 Enero 2018 hasta 15 de Diciembre 2018 y desde 03 Febrero 2019 hasta 01 Abril 2020.
- Proyecto Soana Apartamentos: desde 16 Septiembre 2019 hasta 01 Diciembre 2019.

Desempeñando las labores encargadas a cabalidad con responsabilidad y cumplimiento.

Este certificado se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente

concasa
construcciones
Nit. 900.655.071-9

YOVANY ORDOÑEZ BLANCO
Representante Legal
Concasa Construcciones Asociados S.A.S.
Nit. 900.655.071-9

Global Construcciones MP S.A.S
NIT. 901.627.436-8
globalconstruccionesm@gmail.com

Bucaramanga, junio 04 de 2024

A Quien interese

Asunto: CERTIFICACION LABORAL

Mediante la presente certificamos que el señor **EDGAR PEREZ SANDOVAL** identificado con cedula de ciudadanía **No. 91.046.015**, está vinculado a nuestra empresa, desde el día 01 de septiembre de 2022 bajo un contrato de obra o labor, desempeñando el cargo de Maestro de obra.

Atentamente.

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
NIT. 901.627.436

MAIRA JINNETH MOLINA BADILLO
C.C 1.098.668.797
Representante Legal

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS Nombre de la Empresa	BUCARAMANGA Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

PEREZ Primer apellido	SANDOVAL Segundo apellido	EDGAR Primer nombre	 Segundo nombre	46 años Edad	CC Tipo	91046015 Número

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE OBRA	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

○ Sin limitaciones o restricciones para el cargo ● Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES
Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
Cargas o Peso	● ○	PUEDE MANIPULAR CARGAS HASTA 15 KILOS BIMANUAL

Recomendaciones:
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS. USO DE GAFAS DE MANERA OCASIONAL

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

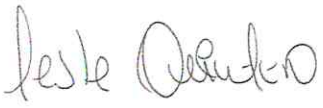
BENEFICIOS:
- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____
Nombre: EDGAR PEREZ SANDOVAL
Documento: CC 91046015

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000021 - SUB ESTACIÓN EL JORDAN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1096246837	LOPEZ PACHECO ELKIN DANIEL	13/07/2025		24613621	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:C10986687972520061885

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/07/2025 17:11:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SAOS ALTURAS S.A.S

SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 5895

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

EDGAR PEREZ SANDOVAL

IDENTIFICADO CON C.C. N° 91046015

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 26 septiembre 2024, se expide en Bogotá el 26 septiembre 2024

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

Naysa Claros

NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ
RES. No. 60073115 17/08/2016

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012
RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 27835

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

DAVID RAFAEL CARVAJAL CARRASCAL

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1065671220

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 06 julio 2025, se expide en Bogotá el 06 julio 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
RES No. 2057 13/03/2023

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1896
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 59 Sur 40 - Bogotá - Colombia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.096.246.837
LOPEZ PACHECO
APELLIDOS
ELKIN DANIEL
NOMBRES
Elkin Daniel Lopez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1997
ARENAL
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-MAR-2016 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1260800-01290895-M-1096246837-20220422 0078829519A 1 8504289721

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:

ELKIN DANIEL LOPEZ PACHECO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.246.837**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Julio del 2025.

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9017579	12/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1096246837	ELKINDANIEL LOPEZ PACHECO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C / C.E / P.A / T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones MP SAS.	X	901627436	3147058894	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Lopez	Pacheco	X	1 096 246 [illegible]	13 12 19[illegible]	M
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Elkin	Daniel				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE ☐ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ | BISEXUAL ☒ | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 / 01 / 13	1'423.500	albañil	ayudante de obra.

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Casa 18 mz 18	Bucaramanga	Barrio Genesis	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10# 9-69	Valdibia	Valdibia	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4☒ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3013134989	Daniel_9arsua97@hotmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 91281380921 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ NO.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁ.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA (SI ☐ NO ☐)	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS				TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN								NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO						Estudia		PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	R.C	T.I	C.C	C.E	P.A	V.S	P.E			F	M	I	AÑO	MES	DÍA	Hijo	Hijastro/Compañero(a)	Padre	Madre	Hermano huérfano de padres		SI	NO	SI	NO

OBSERVACIONES:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT: 901.627.436

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ELKIN Lopez

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Huella dactilar

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

VIGILADO

V10 - 11 - 2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.096.246.837

LOPEZ PACHECO

ELKIN DANIEL

Elkin Daniel Lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1997

ARENAL
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

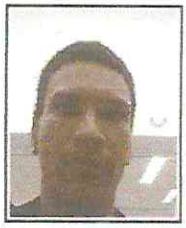
M
SEXO

10-MAR-2016 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1260800-01290995-M-1096246837-20220422 0078829519A 1 8504289721

IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S
IPS MEDOMED
NIT: 900421862-3
Dirección: Calle 27 # 46 - 70 Local 119 Punto Clave
Cel: 315 612 6310 - 316 453 0333 - 316 438 7397
Email: administracion@medomed.co - coordinadoroperativo@medomed.co
www.medomed.co
Medellín, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 85.933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

MEDICID SAS	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

LOPEZ PACHECO ELKIN DANIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC	1096246837
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE | ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PAREDES VASQUEZ RAIZA JUDITH

R. M.: 014493 **L.S.O.:** 2019060435569

Código de Seguridad
V849B1H85933

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ PACHECO ELKIN DANIEL

CC: 1096246837

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 4114434

COL

SALAZAR VALDERRAMA
APELLIDOS

EVER JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

23004318
DNI Nro.

15-01-1995
FECHA DE NACIMIENTO

14-03-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E2345608

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL4114434<<3<<<<<<<<<<<<<<<
9501153M3105308VENE2345608<<<8
SALAZAR<VALDERRAMA<<EVER<JOSE<

ARL | sura

Medellín, 12 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - ESTACIÓN DE POLICÍA VALDIVIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X4114434	SALAZAR VALDERRAMA EVER JOSE	09/07/2025		12722112	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:C10986687972519363164

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 12/07/2025 17:32:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.95.26, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVER JOSE SALAZAR VALDERRAMA** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **4114434,** se encuentra afiliado/a desde **13/06/2025** 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 17 de junio de 2025.

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.

OOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
	4114434	EVER JOSE	SALAZAR VALDERRAMA	20/02/2022 12:00:00 a. m.	SANTANDER	BUCARAMANGA	CL 47 # 1 OCC - 57 BARRIO CAMPO HERMOSO		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901627436	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	N	A	09/07/2025

or certificación se expide y firma, a los 19 días del mes de Julio de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 19 días del mes de Agosto de 2025 Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	BUCARAMANGA
Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Número
SALAZAR	VALDERRAMA	EVER	JOSE	30 años	CC	4114434

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE OBRA	.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ Si ● No Se entrega formato de remisión a EPS: ○ Si ● No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES
Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL SG SST DE LA EMPRESA, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA EMPRESARIAL, MANEJO ADECUADO DE PESOS Y CARGAS

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:
- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:

Silvia Ramirez

Firma: _____
Nombre: Dr(a) SILVIA JULIETH RAMÍREZ BOHÓRQUEZ
Registro Médico: 1098737155 Licencia Salud Ocupacional: 16792

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Ever Salazar

Firma: _____
Nombre: EVER JOSE SALAZAR VALDERRAMA
Documento: CC 4114434



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
NO. 6396123
SALAZAR
APELLIDOS
EVER RAMON
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
30041996
FECHA DE NACIMIENTO
30-04-1969
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA DE VENCIMIENTO
30-05-2031
VISIBLE
FIRMA



E0811448
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Juan Francisco Espinosa Pallacios
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6396123<<8<<<<<<<<<<<<<<<
6904306M3105308VENE0811448<<<0
SALAZAR<<EVER<RAMON<<<<<<<<<<

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - ESTACIÓN DE POLICÍA VALDIVIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X6396123	RAMON SALAZAR EVER	09/07/2025		19424519	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:C10986687972520059180

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/07/2025 16:26:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/06/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8958456	09/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
PERMISO POR PROTECCIÓN	6396123	EVER RAMON SALAZAR	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVER RAMON SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **6396123,** se encuentra afiliado/a desde **13/06/2025** 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 17 de junio de 2025.

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

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS Nombre de la Empresa	BUCARAMANGA Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

SALAZAR Primer apellido	Segundo apellido	EVER Primer nombre	RAMON Segundo nombre	56 años Edad	PE Tipo	6396123 Número

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE OBRA	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES
Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO, HIGIENE POSTURAL, , MANEJO ADECUADO DE PESOS Y CARGAS SEGUN LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA VIGENTE, PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A SST EMPRESARIAL. EVITAR ACCIONES INSEGURAS Y USO DE MEDIOS DISTRACTORES (ACCIDENTES LABORALES) USO PERMANENTE DE CORRECION VISUAL

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:
- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) DIEGO ANTONIO MEDINA ARDILA
Registro Médico: 1100961832 Licencia Salud Ocupacional: 4680 / 2024

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Ever R Salazar

Firma: _____
Nombre: EVER RAMON SALAZAR
Documento: PE 6396123

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
15406505
NUMERO



CARDONA AREIZA
APELLIDOS
JAVIER ALONSO
NOMBRES
Javier Cardona
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1982
DABEIBA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
20-NOV-2000 ANTIOQUIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO

P-0103100-16091172-M-0015406505-20010612 00934 01163B 02 094942831

ARL | sura

Medellín, 01 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 INGENYO CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - MEVAL 2025, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15406505	CARDONA AREIZA JAVIER ALONSO	07/07/2025		255251F9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11105443192518232076

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 01/07/2025 08:54:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.87.103.55, 198.143.41.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_6019350

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1

Empleador	NI 901463466 INGENYO CONSTRUCCIONES S.A.S
Afiliado	CC 15406505 JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	IBAGUE CR 14 B # 95 - 120 TORR D APTO 1406
Fecha de ingreso	09/07/2025
Fecha de radicación	15/07/2025 04:49:39 p.m.
Código de Transacción	201028757
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 08/2025

Fecha de generación 15/07/2025

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA identificado(a) con C.C No. 15.406.505, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de julio del 2025.

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

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

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

comfama

gistro de afiliación individual

ENYO CONSTRUCCIONES S.A.S | NIT 9014634663 | Envío exitoso No. 2846928

solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de **radicado 2846928.**
uerda que este es el primer paso; en máximo **24 horas** recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

os del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 15406505	JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA	17/11/1982	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Antioquia	Medellin	CL 76E # 82 - 18 ROBLEDO VILLA FLORA	3225003041	javcar_5@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$14,235,000	8	230	09/07/2025

Vigilado Supersubsidio

Archivos adjuntos

Trabajador: JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
Cédula de Ciudadanía	El documento soporte se encuentra en nuestra base de datos.	

Vigilado Supersubsidio

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 2019060300754
Fecha: 30/10/2019
Tipo:
RESOLUCION
Destino: JAVIER

Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona natural.

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de la licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

Radicado a través de: Empleador
Fecha y hora de Radicado 15/07/2025, 17:02:22
Por: Danny Alejandro Baquero Suarez

Vigilado Supersubsidio

"Por medio de la cual se CONCEDE A: JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA una licencia en Segundad y Salud en el Trabajo"

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza del Director Administrativo de Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que el (la) señor(a) **JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15406505,** solicitó la Licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA**, emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, al (la) señor (a) **JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15406505**, como **ADMINISTRADOR (A) EN SALUD OCUPACIONAL**, EGRESADO DE LA (DEL) CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS - UNIMINUTO

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campos de acción:

1. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
2. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
4. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en las normas legales vigentes, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país

ARTÍCULO CUARTO: El (La) señor (a): **JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

"Por medio de la cual se CONCEDE A: JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"

ARTÍCULO QUINTO: Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor (a):**JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15406505,** informándole contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La presente Resolución rige a partir de su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Medellín

MANUEL ENRIQUE DAZA AGUDELO
Director Administrativo Factores de Riesgo

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Yeni Yulitza Copete Mosquera		23 - oct - 2019
Revisó:	María Piedad Martínez Galeano		29-10-2019
	Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma		

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA.
Medellin: 06/11/2019
En la fecha notifique personalmente al
Señor: Javier Cardona
C.C. No. 15.406.507 Fecha 30/10/2019
Res. No. 20190603007754
El Notificado Javier Cardona
El Notificador Sandra G.

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012
RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 26579

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 15406505

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 27 junio 2025, se expide en Bogotá el 27 junio 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

OMAR DAVID LOAIZA ALVARAN
RES No. 72944 12/10/2016

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 304 605 1896
http://www.cearalturas.com - alturascear@gmail.com - Dirección: Carrera 78 C N 59 Sur 40 - Bogotá - Colombia

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
EDGAR PEREZ SANDOVAL

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 91046015

EXPEDICIÓN
26 de septiembre de 2024

CONSECUTIVO
TSA-5895

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

MEDIOS DE ALTURA Y SEGURIDAD SAS

IDENTIFICADO CON NIT. 900.502.059-5, con registro RUE 2220, Centro De Formación Para Trabajo En Alturas Aprobado con MINTRABAJO 08SEP2021EXT0000020706 y LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL 071825 DE LA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Certificado por BUREAU VERITAS -BVQI COLOMBIA LTDA. CÓDIGO DE ACREDITACION ISO/TS-CI7065.2012-09-CPR-005 NTC 6072/ CO22.00802

OTORGA:

Certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas **CURSO ACTUALIZACION NIVEL COORDINADOR**, dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021, con una duración de 16 **HORAS**, del 13 al 14 de **ENERO** de 2024 en la ciudad de **ITAGUI**

A:

JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA
Con CC No. 15406505
Código de Verificación: ACTCOTA24-0851

ARL: SURA
EMPRESA: JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA
NIT: 1540e505
EMPLEADOR: JAVIER ALONSO CARDONA AREIZA

Se expide el día: 14 del mes: **ENERO** de: 2024
en la ciudad de: **ITAGUI**

JHON FREDY SALAS
Representante Legal

JOSE MORENO
Lic. SST 0857
Entrenador

Para la verificar la autenticidad de este certificado ingresar a la página web www.medioaltoyseguridad.com o enviar correo electrónico a coordinador@medioaltoyseguridad.com o al celular 3177134809 - 3178531045. VERIFIQUESE UN DÍA HABIL DESPUÉS DE SU EXPEDICIÓN

SEDE: Cra. 42 # 27-44, Aeropuerto Sur, Itagüí, Antioquia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.917.620
GUZMAN ORTEGA
APELLIDOS
JOHAN STEVEN
NOMBRES

Johan Estiven G.O
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-2000
FLORIDABLANCA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-OCT-2018 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2700100-01050205-M-1007917620-20181212 0063612525A 1 30812029

ARL | sura

Medellín, 12 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - ESTACIÓN DE POLICÍA VALDIVIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007917620	GUZMAN ORTEGA JOHAN STEVEN	09/07/2025		24221172	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:C10986687972519363238

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 12/07/2025 17:33:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.95.26, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012172704
9012172704

No. de Radicación: 29515189

Fecha de Radicación: 15 07 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación 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	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
GUZMAN	ORTEGA	JOHAN	STEVEN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007917620	Femenino Masculino X	11 09 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo Condición			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$1.423.500					
			Zona: Urbana Rural		

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

19. Apellidos y nombres			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo (F, N, M, T, P)	Condición	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	NT	901627436	

39. Ubicación				
CARRERA 13W 45A 02	31839363		BUCARAMANGA	SANTANDER

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reactivación en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o expedición de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo X B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 09 07 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación al Sistema al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorizamos para que la EPS valide y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información de los datos básicos de afiliación y del reporte de novedades a la Base de Datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ PEP ☐ PPT ☐ Cantidad ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Salud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUZMAN ORTEGA JOHAN STEVEN** identificado(a) con **CC** número **1.007.917.620** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de enero de 2019 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de julio de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA
ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mp Sas	NIT X	901627436	3247058924	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DIA)	GÉNERO (F M I)
Guzman	Ortega	TI CC CE PA PE CD CA VS TM: CC X	1004917620	2000 09 11	M X
PRIMER NOMBRE: Johan	SEGUNDO NOMBRE: Steven				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ UNION LIBRE X ☐ SEPARADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ MEDIA ☐ SECUNDARIA ADULTOS ☐ TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ UNIVERSITARIO ☐ NINGUNO ☐ SECUNDARIA X ☐ BÁSICA ADULTOS ☐ MEDIA ADULTOS ☐ POSGRADO/MAESTRÍA ☐ INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ BISEXUAL X ☐ HOMOSEXUAL ☐ INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ PALANQUERO ☐ COMUNIDAD NEGRA ☐ NINGUNO DE LOS ANTERIORES X ☐ ROOM/GITANO ☐ INDIGENA ☐ RAIZAL SAN ANDRES ☐ NO DISPONIBLE ☐

FECHA INGRESO EMPRESA (AÑO MES DIA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
2025 09 09	1.423.500	obrero	ayudande de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☐ OBRA REALIZADA ☒ FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES____ DIA____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cll 108 a # 15-35	Bucaramanga	bangonb	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA: Cra 10 #9-69	MUNICIPIO DONDE LABORA: Valdibia	BARRIO DE RESIDENCIA: valbidia	SECTOR: X	TELÉFONO FIJO: —

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☑

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR: 3214587272 CORREO ELECTRÓNICO: Johanstevenguzmanortega@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 78070251689 ENTIDAD BANCARIA: Bancolombia
Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ NO ☐

NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DIA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI CC CE PA PE CD CA VS TM			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ MEDIA ☐ SECUNDARIA ADULTOS ☐ TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ UNIVERSITARIO ☐ NINGUNO ☐ SECUNDARIA ☐ BÁ.ADULTOS ☐ MEDIA ADULTOS ☐ POSGRADO/MAESTRÍA ☐ INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ TRABAJA ☐ INDEPENDIENTE ☐ AMA DE CASA ☐ PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC TI CC CE PA VS PE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F M I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA)	PARENTESCO (Hijo, Hijastro/Entenado, Padre, Madre, Hermano/Hijastro de Padres)	Estudia (SI NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI NO)

OBSERVACIONES:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

Johan Stiven G.O.

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA | FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR IDENTIFICADO: | RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Confiere que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V20 - 11 - 2019

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS Nombre de la Empresa	BUCARAMANGA Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

GUZMAN Primer apellido	ORTEGA Segundo apellido	JOHAN Primer nombre	STEVEN Segundo nombre	24 años Edad	CC Tipo	1007917620 Número

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE OBRA	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES
Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS.

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____
Nombre: JOHAN STEVEN GUZMAN ORTEGA
Documento: CC 1007917620

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.607.424

MARTINEZ OJEDA
APELLIDOS

JORGE ANDRES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1986

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-FEB-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2700100-59128281-M-1098607424-20050202 01076 05033A 02 162956905

ARL | sura

Medellín, 20 de Junio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 INGENYO CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - MEVAL 2025, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1098607424	MARTINEZ OJEDA JORGE ANDRES	26/06/2025		40951521	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11105443192517154457

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 20/06/2025 15:07:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.87.103.55, 198.143.41.24, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

comfama

gistro de afiliación individual

ENYO CONSTRUCCIONES S.A.S | NIT 9014634663 | Envío exitoso No. 2794085

solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de **radicado 2794085.**
uerda que este es el primer paso; en máximo **24 horas** recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

os del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 1098607424	JORGE ANDRES MARTINEZ OJEDA	01/02/1986	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Antioquia	La Estrella	CL 80SUR # 50 - 47 EL PALMAR	3157630071	ing.jorgeandresmartinez@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$1,423,500	8	230	24/06/2025

Vigilado Supersubsidio

Archivos adjuntos

Trabajador: JORGE ANDRES MARTINEZ OJEDA

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
Cédula de Ciudadanía	CEDULA JORGE ANDRES MARTINEZ.pdf	357 KB

Vigilado Supersubsidio

Radicado a través de: Empleador
Fecha y hora de Radicado 01/07/2025, 10:56:32
Por: Danny Alejandro Baquero Suarez

Vigilado Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2025-3765332

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que JORGE ANDRES MARTINEZ OJEDA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1098607424, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA CIVIL con MATRICULA PROFESIONAL 25202-347013 desde el 16 de Diciembre de 2016, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1652.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de Julio del año dos mil veinticinco (2025).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000021 - SUB ESTACIÓN EL JORDAN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1126123427	CORONADO CASTRO JUAN CARLOS	10/07/2025		18413813	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:C10986687972520060947

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/07/2025 16:55:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

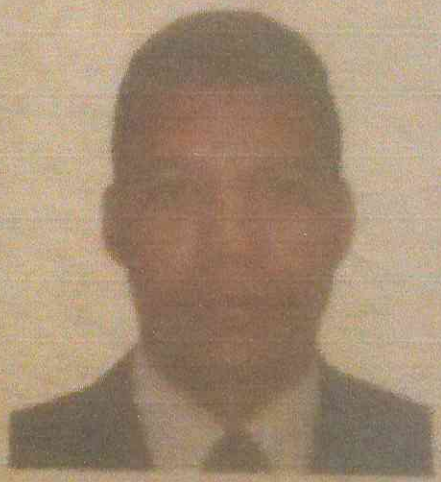
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.126.123.427
CORONADO CASTRO

APELLIDOS
JUAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1983
ZULIA-MACHIQUES
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-OCT-2016 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0300150-00866759-M-1126123427-20161116 0052163614A 1 47179900

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01B 19879907 *

C-1777

FECHA DE RADICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones 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; a) Cotizante o cabeza de familia (X) b) Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. RÉGIMEN: A. Contributivo (X) S. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI NO (X)
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. AFILIACION

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Coronado | SEGUNDO APELLIDO: Castro | PRIMER NOMBRE: Juan | SEGUNDO NOMBRE: Carlos
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1126127427
11. SEXO BIOLÓGICO (X)
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? (X)
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI NO (X) | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI NO (X)
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Sura
23. AFP: protección
24. IBC: 1427.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: calle 79d sur 10-06
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3247476959
CORREO ELECTRÓNICO: juancoronado2seq@gmail.com
DEPARTAMENTO: Cundinamarca
MUNICIPIO/ DISTRITO: bogota
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL (X) CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL
IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
81												
82												
83												
84												
85												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
81							I. II.												
82							I. II.												
83							I. II.												
84							I. II.												
85							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
81							
82							
83							
84							
85							

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

55. Nombre o razón social: Global Construcciones
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación: 901627436
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Cra 13w# 45-02 3187936940 Janneth.molina@gmail.com Soacha Bucaramanga

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/O 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.
1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 10 07 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de 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. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación 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 genera 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. Autorice para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Juan Carlos Coronado
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 | MS | RC | TI | CC (X) | CE | SC | PA | CD | AS | PT
Cantidad | Total 1
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 juramentada 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos 1

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9068789	24/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	91323487	LUISEDUARDO CAMPO TORRES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1974

ARENAL
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-MAY-1993 PUERTO WILCHES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

NDICE DERECHO

A-1200100-00147649-M-0091323487-20090123 0009637990A 1 7810002665

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

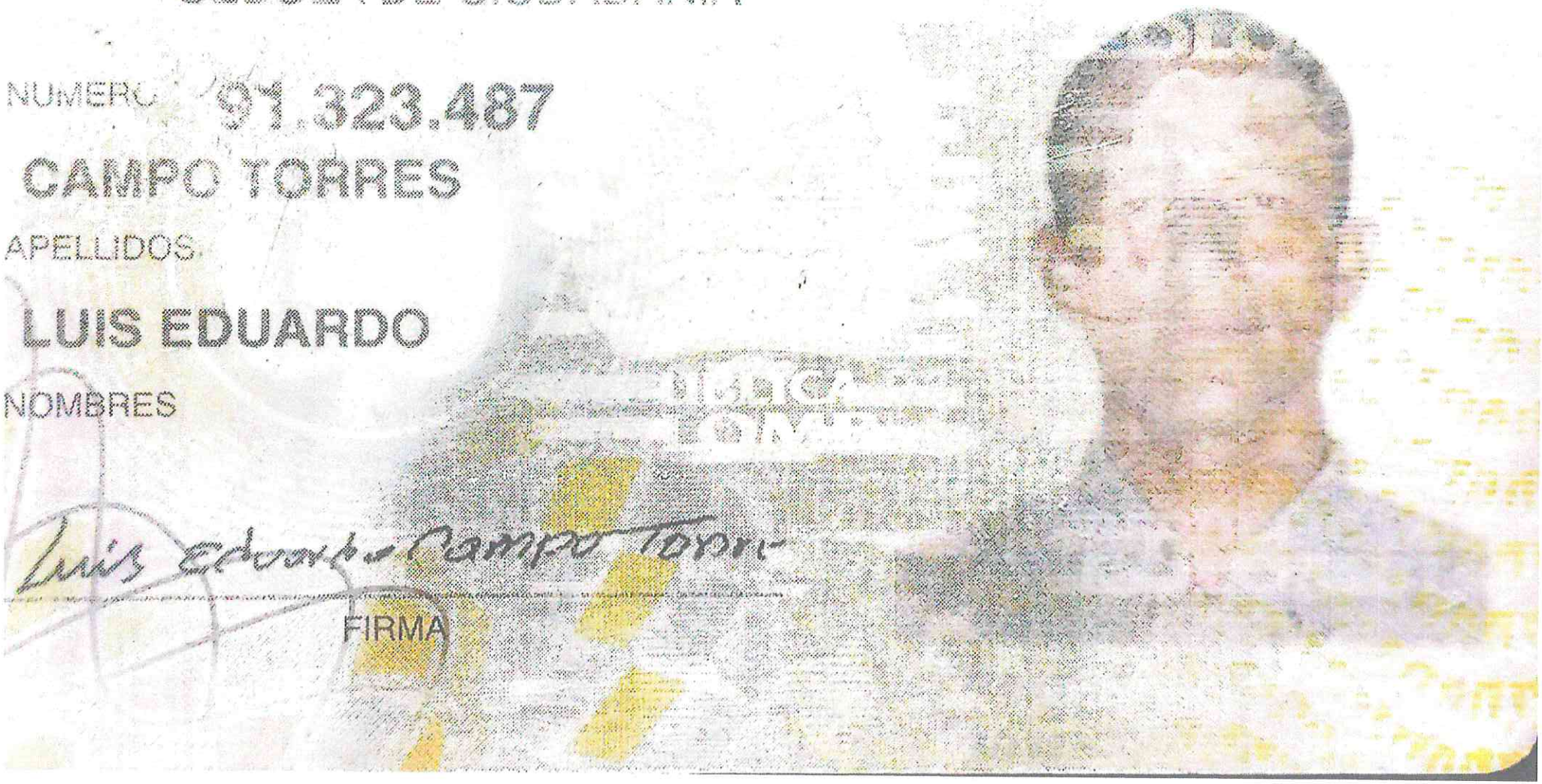
NUMERO 91.323.487

CAMPO TORRES

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES



Luis Eduardo Campo Torres

FIRMA

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000023 DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C91323487	CAMPO TORRES LUIS EDUARDO	25/07/2025		149z2292	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 24/07/2025 11:07:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Documento firmado digitalmente por: Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares.
Página 1 de un total de 1 página (s)

CONSEJO PROFESIONAL
NACIONAL DE ARQUITECTURA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES

E770760

CERTIFICA

Que el Arquitecto LUIS CARLOS SANTOS VILLAMIZAR con cédula de ciudadanía No. 1095833302 de Floridablanca, registra Matrícula Profesional de Arquitectura No. A30112021-1095833302, expedida en cumplimiento de la Resolución No. 11 del 26 de Marzo de 2021 por el Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares., la cual se encuentra **VIGENTE.**

El profesional no registra ANTECEDENTES ni SANCIONES VIGENTES en el ejercicio de su profesión por parte del Consejo Profesional Nacional de Arquitectura y sus Profesiones Auxiliares.

La anterior información corresponde en su integridad con los datos del Registro de Arquitectos y Profesionales Auxiliares de la Arquitectura.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Bogotá, D.C., a los 19 dias del mes de Julio de 2025.

ALFREDO MANUEL REYES ROJAS
Director Ejecutivo

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria, según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf. La falta de firma del titular no invalida el certificado.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese a la página web
[https://cpnaa.gov.co/verificacion-de-autenticidad-del-certificado-de-vigencia-profesional-digital]
y digite el siguiente código de verificación URnWwIY

Carrera 6 No. 26B-85 Oficina 201, Bogotá, D.C. – Colombia
PBX 601-3502700 Ext. 1101-1124
info@cpnaa.gov.co
www.cpnaa.gov.co

porvenir
sólo hay uno

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:

LUIS CARLOS SANTOS VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.833.302**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Junio del 2025.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **77.188.703**

CARVAJAL PONTON

APELLIDOS

RAFAEL

NOMBRES

Rafael Carvajal Ponton.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1977**

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-AGO-1995 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1280000-00674889-M-0077188703-20150304 0043404236A 1 42725439

IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S
IPS MEDOMED
NIT: 900421862-3
Dirección: Calle 27 # 46 - 70 Local 119 Punto Clave
Cel: 315 612 6310 - 316 453 0333 - 316 438 7397
Email: administracion@medomed.co - coordinadoroperativo@medomed.co
www.medomed.co
Medellín, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 85.931

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

MEDICID SAS	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HERNANDEZ ESCOBAR OSNEIDER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 5 MESES 18 DÍAS	CC	1003368578
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ORNAMENTADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE | ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

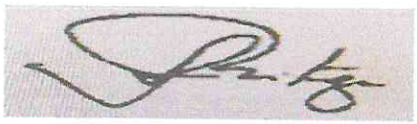
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	OPTOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : POR CIRUGIA		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: REATIGA HERNANDEZ JUAN JOSE

R. M.: 14791 **L.S.O.:** 460 JULIO 6 DE 202C

Código de Seguridad
K849Q1W85931

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: HERNANDEZ ESCOBAR OSNEIDER

CC: 1003368578

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C / C.E / P.A / T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones MP S.A.S	NIT: X	901627436	3147058924	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TI / CC / CE / PA / PE / CD / CA / VS / TM)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Hernandez	Escobar				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI: X	1003 368 578	1992 07 21	M: X
Osneider					

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE ☐ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☒ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ | BISEXUAL ☒ | HOMOSEXUAL ☐ | INF. NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NO SE AUTO RECONOCE COMO NINGUNO ☒ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 / 01 / 10	190	1'423.500	albañil	ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
cll 79 D Sur 18j 06	Bogotá	—	URBANO: X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 #9-69	Valdivia	Valdivia	URBANO: X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3008265995	

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 91284431335 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI / CC / CE / PA / PE / CD / CA / VS / TM			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BASICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLOGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACION NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC / TI / CC / CE / PA / VS / PE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijo en Composicional / Padre / Madre / Hermano Hermano de Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

Osneider escobar

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA | FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | IDENTIFICACIÓN: | RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

M10 - 11 - 2019

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:

OSNEIDER HERNANDEZ ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.368.578**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2025.

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.

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 21/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS identificado con NIT 901627436 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
21/07/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4015157267	CEDULA DE CIUDADANIA	1003368578	OSNEIDER HERNANDEZ ESCOBAR	$ 1,423,500.00	Dependiente	10/07/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes julio del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000021 - SUB ESTACIÓN EL JORDAN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1003368578	HERNANDEZ ESCOBAR OSNEIDER	10/07/2025		176ir168	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:C10986687972520061232

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/07/2025 17:00:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.368.578
HERNANDEZ ESCOBAR
APELLIDOS
OSNEIDER
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1992
PURISIMA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-AGO-2010 COVEÑAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2604100-00447853-M-1003368578-20130711 0033928240A 1 3640338119

IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S
IPS MEDOMED
NIT: 900421862-3
Dirección: Calle 27 # 46 - 70 Local 119 Punto Clave
Cel: 315 612 6310 - 316 453 0333 - 316 438 7397
Email: administracion@medomed.co - coordinadoroperativo@medomed.co
www.medomed.co
Medellín, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 87.078

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

MEDICID SAS	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CAMPO TORRES LUIS EDUARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	91323487 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *VER OBSERVACIONES*

CUMPLE | ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : SEMESTRAL	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : SOLICITAR CITA EN SU ENTIDAD DE SALUD ORL + AUDIOMETRIA CLINICA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SOLICITAR CITA EN SU ENTIDAD DE SALUD ORL + AUDIOMETRIA CLINICA
USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ÁREA CON EXPOSICIÓN A RUIDO SUPERIOR A 85 DB.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Hernando Restrepo

Firma: _____

Nombre: CC: 13874982 - HERNANDO JOSE RESTREPO

R. M.: 6816719 L.S.O.: 08434

Código de Seguridad
I849O1U87078

Aspirante o Trabajador

Luis Eduardo CT

Firma: _____

Nombre: CAMPO TORRES LUIS EDUARDO

CC: 91323487

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA
ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C / C.E / P.A / T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones MP SAS	NIT: X	901627436	3147058674	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Campo	Torres	CC: X	91323487	1991 / 12 / 09	M: X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Luis	Eduardo				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE ☒ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MED A ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLOGICO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ | BISEXUAL ☒ | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 / 07 / 23	1'423.500	albañil	ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ OBRA REALIZADA ☐ FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
calle 23# 77-7	Medellin	Belen Bermudez	URBANO: X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
cl 71 #65-20	antioquia	Castilla	URBANO: X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4☒ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR: 3028350460 | CORREO ELECTRÓNICO: campotorresluiseduardo@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. _____ ENTIDAD BANCARIA _____
Tipo de Cuenta: Ahorro: ☐ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ NO ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI / CC / CE / PA / PE / CD / CA / VS / TM		AÑO / MES / DÍA	F / M / I

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLOGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACION NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIANDO Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DELTRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS				TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION							NÚMERO DE IDENTIFICACION	GENERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					Estudia		PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RC	TI	CC	CE	PA	VS	PE		F	M	I	AÑO	MES	DÍA	Hijo	Madre Compañera(o)	Padre	Madre	Hermano Hijastro del Padre		SI	NO	SI	NO

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR IDENTIFICACION:	RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verdaderos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes vigilados.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

150-210-2019

porvenir
sólo hay uno

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:

LUIS EDUARDO CAMPO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.323.487**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2025.

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.*

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORONADO CASTRO JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **1.126.123.427** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de octubre de 2016 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de julio de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C / C.E / P.A / T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global construcciones MP S.a.s	NIT: X	901627436	3247058924	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (T.I / C.C / C.E / P.A / P.E / C.D / C.A / V.S / T.M)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Caonado	Castro	C.C: X	1.126.123.427	98 / 06 / 02	M: X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Juan	Carlos				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE ☒ | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☒ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☒ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☒ | BISEXUAL ☐ | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NO SE AUTO-RECONOCE (OTRO) ☒ | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	HORAS/MES O DÍAS/MES	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
23 / 01 / 10	190	1'423.500	albañil	ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ OBRA REALIZADA ☐ FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
cll 190 Sur 185 06	Bogotá	—		—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 #9-69	Valdibia	Valdibia		—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR 3242436959 | CORREO ELECTRÓNICO juancarlos250@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 912814.31355 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI ☐ NO ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ NO.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (T.I / C.C / C.E / P.A / P.E / C.D / C.A / V.S / T.M)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA SI ☐ NO ☐	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (R.C / T.I / C.C / C.E / P.A / V.S / P.E)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijastro/Compañero(a) / Padre / Madre / Hermano Huerfano de Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V10 - 11 - 2010

IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S
IPS MEDOMED
NIT: 900421862-3
Dirección: Calle 27 # 46 - 70 Local 119 Punto Clave
Cel: 315 612 6310 - 316 453 0333 - 316 438 7397
Email: administracion@medomed.co - coordinadoroperativo@medomed.co
www.medomed.co
Medellín, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 85.930

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

MEDICID SAS	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CORONADO CASTRO JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	1126123427
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIO DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE | ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PAREDES VASQUEZ RAIZA JUDITH

R. M.: 014493 **L.S.O.:** 2019060435569

Código de Seguridad
N849T1Z85930

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CORONADO CASTRO JUAN CARLOS

CC: 1126123427



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.095.833.302
SANTOS VILLAMIZAR
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1997
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
13-MAY-2015 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-2708200-00731441-M-1095833302-20150808 0045717368A 1 44226615

ARL | sura

Medellín, 20 de Junio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 INGENYO CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - MEVAL 2025, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1095833302	SANTOS VILLAMIZAR LUIS CARLOS	26/06/2025		18441415	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11105443192517154495

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 20/06/2025 15:08:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.87.103.55, 198.143.41.24, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

comfama

gistro de afiliación individual

ENYO CONSTRUCCIONES S.A.S | NIT 9014634663 | Envío exitoso No. 2794166

solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de **radicado 2794166.**
uerda que este es el primer paso; en máximo **24 horas** recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

os del trabajador

Información general

Documento:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:	Estado civil:
CC 1095833302	LUIS CARLOS SANTOS VILLAMIZAR	07/05/1997	Masculino	Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento:	Municipio:	Dirección:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Antioquia	La Estrella	CL 80SUR # 50 - 47 EL PALMAR	3157630071	arq.santosluis@gmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato:	Tipo de salario:	Salario:	Horas contratadas al dia:	Horas contratadas al mes:	Fecha de ingreso a la empresa:
Fijo	Fijo	$1,423,500	8	230	24/06/2025

Vigilado Supersubsidio

Archivos adjuntos

Trabajador: LUIS CARLOS SANTOS VILLAMIZAR

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
Cédula de Ciudadanía	CEDULA LUIS CARLOS SANTOS.pdf	761 KB

Vigilado Supersubsidio

Radicado a través de: Empleador
Fecha y hora de Radicado 01/07/2025, 11:03:28
Por: Danny Alejandro Baquero Suarez

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUIS CARLOS SANTOS VILLAMIZAR identificado(a) con CC 1095833302 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**25/09/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-FLORIDABLANCA-TR2**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

ARL | sura

Medellín, 19 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000021 - SUB ESTACIÓN EL JORDAN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C77188703	CARVAJAL PONTON RAFAEL	10/07/2025		²xC15220	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:C10986687972520060682

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/07/2025 16:51:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.83.24, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDICID

Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS Nombre de la Empresa	BUCARAMANGA Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

CARVAJAL Primer apellido	PONTON Segundo apellido	RAFAEL Primer nombre	 Segundo nombre	48 años Edad	CC Tipo	77188703 Número

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE BARRIDO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo, T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS. USO DE GAFAS DE MANERA OCASIONAL

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:

Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Firma: _____
Nombre: RAFAEL CARVAJAL PONTON
Documento: CC 77188703

porvenir
sólo hay uno

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:

RAFAEL CARVAJAL PONTON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.188.703**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Junio del 2025.

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.*

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

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

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. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: CARVAJAL	Segundo apellido: PONTON	Primer nombre: RAFAEL	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: Cedula Ciudadania	8. Número del documento de identidad: 77 188 703	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 15 04 1977

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cll 109 15-67	6981785	3005603820	rafaelcarvajalponton@gmail.com.

Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Bucaramanga	Urbana [X] Rural [ ]	NORTE	Santander.

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	*Segundo apellido*	*Primer nombre*	*Segundo nombre*
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo: F	Tipo: N	Tipo: M	Condición: T	Condición: P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
global Construcciones mp.	N	901627436	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cra 13W 45a02	6981785	globalconstruccionesmp@gmail.com	Bucaramanga	Santander

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Carvajal	Ponton	Rafael	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
Cedula de ciudadania	77 188 703	[ ]	[X]	10/07/2025	10 07 2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador o representante de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Rafael Ponton.	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad
  Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 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	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	*Segundo apellido*	*Primer nombre*	*Segundo nombre*

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ][ ][ ][ ][ ]		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO

No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global construcciones MP S.A.S.	NIT X	901627436	3147058824	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TI X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Carvajal	Ponton		71.188.703	1992 / 06 / 13	M X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Rafael					

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE X | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO X | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL X | BISEXUAL ☐ | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO X | ROOM/GITANO ☐ | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 / 01 / 10	1'423.500	albañil	Ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO X | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cll 109 # 15-67	Bucaramanga	—	URBANO X / RURAL ☐	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 # 9-69	Valdivia	Valdivia	URBANO X / RURAL ☐	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 X 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
3005603820	rafaelcarvajalponton@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 79287205548 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: X Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PE ☐ CD ☐ CA ☐ VS ☐ TM ☐			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA.ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
			SI ☐ NO ☐	

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC / TI / CC / CE / PA / VS / PE)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijo en Custodia Legal / Padre / Madre / Hermano Huerfano de Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901.627.436

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Rafael Ponton

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a ratificación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V10 11-2019

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR VIGILADO

MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Número
CARVAJAL	PONTON	RAFAEL		48 años	CC	77188703

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE BARRIDO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS. USO DE GAFAS DE MANERA OCASIONAL

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:

Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:

Firma: _____
Nombre: RAFAEL CARVAJAL PONTON
Documento: CC 77188703

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.609.869**

VILLAMIZAR ORTEGA
APELLIDOS

RONALD
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1986**

EL PLAYON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-MAR-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

F-2700100-59129333-M-1098609869-20040910 0511104253B 02

ARL | sura

Medellín, 12 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000020 - ESTACIÓN DE POLICÍA VALDIVIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1098609869	VILLAMIZAR ORTEGA RONALD	09/07/2025		234vs128	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:C10986687972519364771

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 12/07/2025 17:59:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.95.26, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S. identificado con NIT número 901627436 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9017519	12/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1098609869	RONALD VILLAMIZAR ORTEGA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-07-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA
ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / P.A. / T.I.)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones mp Sas	NIT: X	901627436	3247058424	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DIA)	GÉNERO (F / M / I)
Villamizar	Ortega	T.I. / C.C. X / C.E. / P.A. / P.E. / C.D. / C.A. / V.S. / T.M.	1.098.609.869	1986 / 03 / 04	M: X
PRIMER NOMBRE: Ronald	SEGUNDO NOMBRE:				

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNION LIBRE X | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS X | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐ | NINGUNO ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ | BISEXUAL X | HOMOSEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | PALANQUERO ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | NINGUNO DE LOS ANTERIORES X | INDIGENA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | NO DISPONIBLE ☐ | ROOM/GITANO ☐

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DIA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
2019 / 07 / 09	$1.423.500	Obrero	ayudante obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☐ OBRA REALIZADA X FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DIA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cll 35 #17-81	Bucaramanga	Dangona	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 # 9-69	Valdibia	Valdibia	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 X 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR: 3182753451. CORREO ELECTRÓNICO: Ronaldvillamizar38@gmail.com.

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 291 455829 10 *ENTIDAD BANCARIA* Bancolombia.
Tipo de Cuenta: Ahorro: X Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No: ☐

NIT / CC / CE / PA / TI — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DIA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	T.I. / C.C. / C.E. / P.A. / P.E. / C.D. / C.A. / V.S. / T.M.			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR: ____ CORREO ELECTRÓNICO: ____

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | SECUNDARIA ☐ | BA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TÉCNICO/TECNOLÓGICO ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐ | NINGUNO ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA (SI ☐ / NO ☐)	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. / T.I. / C.C. / C.E. / P.A. / V.S. / P.E.)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijastro-Compañero(a) / Padre / Madre / Hermano-Hurfano-Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT: 901.627.436
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Ronald Villamizar.
FIRMA DEL TRABAJADOR
IDENTIFICACIÓN: ____

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a verificación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Datos Subsidio

VIGILADO

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
RONALD VILLAMIZAR ORTEGA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1096609869

EXPEDICIÓN
16 de septiembre de 2024

CONSECUTIVO
TSA-5899

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

SAOS ALTURAS S.A.S

SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 5899

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

RONALD VILLAMIZAR ORTEGA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1098609869

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 26 septiembre 2024, se expide en Bogotá el 26 septiembre 2024

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ
RES. No. 60073115 17/08/2016

EMPRESA: GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S.
REP. MOLINA BADILLO MAIRA JINNETH
NIT: 901627436-8
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

SAOS ALTURAS S.A.S.

CURSO:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

NOMBRE:
RONALD VILLAMIZAR ORTEGA

IDENTIFICACIÓN
C.C. N° 1098609869

EXPEDICIÓN
26 de septiembre de 2024

CONSECUTIVO
TSA-5899

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO



KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

91.479.703

UMERO

UTIERREZ ESTEBAN

PELLIDOS

/ILINGTON

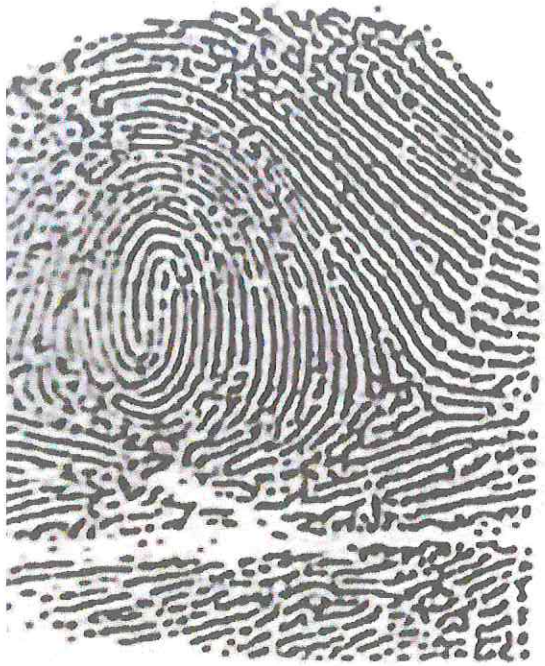
OMBRES

Julinton Gutierrez E

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1975

RIONEGRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-OCT-1993 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2700100-59159573-M-0091479703-20070607 0257807158N 02 231154582

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de July de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000023 DEPARTAMENTO DE POLICÍA ANTIOQUIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C91479703	GUTIERREZ ESTEBAN WILINGTON	25/07/2025		58U12515	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 24/07/2025 10:01:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2025, el empleador GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS identificado con NIT 901627436 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
24/07/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4015173674	CEDULA DE CIUDADANIA	91479703	WILINGTON GUTIERREZ ESTEBAN	$ 1,423,500.00	Dependiente	25/07/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes julio del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WILINGTON GUTIERREZ ESTEBAN identificado(a) con C.C No. 91.479.703, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 24 de julio del 2025.

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

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

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT, C.C, C.E, P.A, T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones MP sas	NIT: X	901627436	3247058924	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DIA)	GÉNERO (F M I)
Gutierrez	Esteban	T.I C.C C.E P.A P.E C.D C.A V.S T.M: C.C X	91.479.203	1975 09 13	M: X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Wilington					

ESTADO CIVIL ACTUAL: SOLTERO(A) ☐ | CASADO(A) ☐ | UNIÓN LIBRE X | SEPARADO(A) ☐ | VIUDO(A) ☐ | NO DISPONIBLE ☐

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | SECUNDARIA ☐ | BÁSICA ADULTOS ☐ | MEDIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLÓGICO X | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐ | POSGRADO/MAESTRÍA ☐ | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL X | HOMOSEXUAL ☐ | BISEXUAL ☐ | INF NO DISPO ☐

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ☐ | ROOM/GITANO ☐ | PALANQUERO ☐ | INDIGENA ☐ | COMUNIDAD NEGRA ☐ | RAIZAL SAN ANDRES ☐ | [illegible] ☐ | NO DISPONIBLE X

FECHA ING. EMPRESA (AÑO MES DIA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 07 25	1'423.500	albañil	ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO X | OBRA REALIZADA ☐ | FIJO ☐ | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCION DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELEFONO FIJO
Transversal 147 # 51-44	Bucaramanga	Villa alcazar	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELEFONO FIJO**
cll 71 # 65-20	antioquia	Castilla	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO X

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO): 1☐ 2☐ 3☐ 4X 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐ 13☐

TELÉFONO CELULAR 3115687097 | CORREO ELECTRÓNICO Wilingtongutierrezesteban243@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 287-420665-8 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia
Tipo de Cuenta: Ahorro: ☐ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ NO.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO MES DIA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DIA)	GÉNERO (F M I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	T.I C.C C.E P.A P.E C.D C.A V.S T.M			

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO: BÁSICA ☐ | MEDIA ☐ | SECUNDARIA ADULTOS ☐ | TECNICO/TECNOLÓGICO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | NINGUNO ☐

OCUPACIÓN: ESTUDIA ☐ | TRABAJA ☐ | INDEPENDIENTE ☐ | AMA DE CASA ☐ | PENSIONADO ☐

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA (SI ☐ NO ☐)	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTA AFILIANDO Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS				TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION							NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					Estudia		PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	R.C	T.I	C.C	C.E	P.A	V.S	P.E		F	M	I	AÑO	MES	DIA	Hijo	Padre(Madrastra)	Padre	Madre	Hermano/Hijastro de Padres		SI	NO	SI	NO
Gutierrez	alvarez	Nicol	Valeria		X						1096704111	X			2013	07	10	X						X		X	

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR / IDENTIFICACIÓN:	HUELLA DEL TRABAJADOR

Esta planilla está sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes regladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

FGU - 11 - 2019

MEDICID

Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS Nombre de la Empresa	BUCARAMANGA Centro de Trabajo - Sede

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de Identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

GUTIERREZ Primer apellido	ESTEBAN Segundo apellido	WILINGTON Primer nombre	 Segundo nombre	49 años Edad	CC Tipo	91479703 Número

CARGO	SECCIÓN
AYUDANTE DE OBRA	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ● Si ○ No Se entrega formato de remisión a EPS: ● Si ○ No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS SEGÙN SG-SST DE LA EMPRESA, ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO ADECUADO DE CARGAS. USO DE GAFAS DE MANERA OCAISONAL, USO DE PROTECCION AUDITIVA

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Visiometría

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) LESLY KATHERINE QUINTERO MILLAN
Registro Médico: 1095813718 Licencia Salud Ocupacional: 02544

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____
Nombre: WILINGTON GUTIERREZ ESTEBAN
Documento: CC 91479703

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.501.419

ARROYO GALVIS
APELLIDOS

WILMAR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1987

EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-JUN-2007 EL BANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0-3102500-51161911-M-1004501419-20070723 0562407201N 03 243312834

ARL | sura

Medellín, 21 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS, en el centro de trabajo 0000000022 - SUB ESTACIÓN SAN MIGUEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1004501419	ARROYO GALVIS WILMAR	15/07/2025		12915821	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:C10986687972520271343

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 21/07/2025 19:49:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.131.234.17, 198.143.33.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

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

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. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: ARROYO	Segundo apellido: GALVIS	Primer nombre: WILMAR	Segundo nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cedula ciudadania.	1.004.501.479.	Femenino [ ] Masculino X	15 08 1987

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: Condición:		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.423.500

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Cra 19b #1B-01	6981785	3218299905	wilmararroyo1508@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bucaramanga.	Urbana [X] Rural [ ]	la transición	Santander

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	*Segundo apellido*	*Primer nombre*	*Segundo nombre*

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre ó razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Global Construcciones mp sas	N I T	901627436	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
Cra 13 w 45 a 02		globalconstruccionesm@gmail.com	Bucaramanga	Santander.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARROYO	GAVIS	WILMAR	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
Cedula Ciudadanía [ ]	1.004.501.419	[ ]	[X]	15/09/2025	15 09 2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	comfenalco antioquia

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
	GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS NIT. 901 627 436

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 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	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ][ ][ ][ ][ ]		

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

porvenir
sólo hay uno

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:

WILMAR ARROYO GALVIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.501.419**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Julio del 2025.

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.

Comfenalco Antioquia

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO

No.

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C / C.E / P.A / T.I)	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
Global Construcciones Mp S.a.s.	NIT: X	901627436	324-7058924	Global

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (T.I / C.C / C.E / P.A / P.E / C.D / C.A / V.S / T.M)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
Arroyo	Galvis				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Wilmar		X	1004501419	1998 03 15	X

ESTADO CIVIL ACTUAL

SOLTERO(A)	CASADO(A)	UNION LIBRE	SEPARADO(A)	VIUDO(A)	NO DISPONIBLE
		X			

NIVEL EDUCATIVO

BÁSICA	MEDIA	SECUNDARIA ADULTOS	TECNICO/TECNOLÓGICO	UNIVERSITARIO	NINGUNO
			X		

SECUNDARIA	BÁSICA ADULTOS	MEDIA ADULTOS	POSGRADO/MAESTRÍA	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL X | BISEXUAL | HOMOSEXUAL | INF. NO DISPO

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO | PALANQUERO | COMUNIDAD NEGRA | NINGUNO X | ROOM/GITANO | INDIGENA | RAIZAL SAN ANDRES | NO DISPONIBLE

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA
25 / 01 / 15	1'423.500	albañil	Ayudante de obra

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO ☒ OBRA REALIZADA ☐ FIJO ☐ FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO ____ MES ____ DÍA ____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO
Cra 146 #18-01	Bucaramanga	la transición	X	—
DIRECCIÓN DONDE LABORA	**MUNICIPIO DONDE LABORA**	**BARRIO DE RESIDENCIA**	**SECTOR (URBANO / RURAL)**	**TELÉFONO FIJO**
Cra 10 # 9-69	Valdivia	Valdivia	X	—

VIVE EN CASA PROPIA: SI ☐ NO ☒

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐

TELÉFONO CELULAR 321 8299905 | CORREO ELECTRÓNICO Wilmarcarroyo1508@gmail.com

AUTORIZO LA CONSIGNACION DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA No. 300600003262 ENTIDAD BANCARIA Bancolombia

Tipo de Cuenta: Ahorro: ☒ Corriente: ☐

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE? SI ☐ No ☐

	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			
NIT ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ No.			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (T.I / C.C / C.E / P.A / P.E / C.D / C.A / V.S / T.M)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	GÉNERO (F / M / I)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR (URBANO / RURAL)	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO

BASICA	MEDIA	SECUNDARIA ADULTOS	TÉCNICO/TECNOLÓGICO	UNIVERSITARIO	NINGUNO
SECUNDARIA	BA.ADULTOS	MEDIA ADULTOS	POSGRADO/MAESTRÍA	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	

OCUPACIÓN

ESTUDIA	TRABAJA	INDEPENDIENTE
AMA DE CASA	PENSIONADO	

NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA	Nº DE IDENTIFICACIÓN	SALARIO MENSUAL	RECIBE CUOTA MONETARIA (SI ☐ NO ☐)	¿POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR?

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C / T.I / C.C / C.E / P.A / V.S / P.E)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO (F / M / I)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	PARENTESCO (Hijo / Hijastro(a) / Padre / Madre / Hermano/ Hermana de Padres)	Estudia (SI / NO)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA (SI / NO)

OBSERVACIONES:

GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS
NIT. 901.627.436

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

V10 11 - 2019

MEDICID

Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DIA	07 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA CIUDAD	Examen de Pre - Ingreso

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

Nombre de la Empresa	Centro de Trabajo - Sede
GLOBAL CONSTRUCCIONES MP SAS	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Numero
ARROYO	GALVIS	WILMAR		37 años	CC	1004501419

CARGO	SECCIÓN
OPERARIO DE OBRA	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ Si ● No Se entrega formato de remisión a EPS: ○ Si ● No

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Recomendaciones
	○ ○	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO, HIGIENE POSTURAL, , MANEJO ADECUADO DE PESOS Y CARGAS SEGUN LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA VIGENTE, PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A SST EMPRESARIAL. EVITAR ACCIONES INSEGURAS Y USO DE MEDIOS DISTRACTORES (ACCIDENTES LABORALES) USO DE PROTECCION AUITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional de Pre - Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Optometría ☑ Perfil Lipidico ☑ Glicemia Basal

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:

- Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
- Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
- Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
- Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
- Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:

- Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.

Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

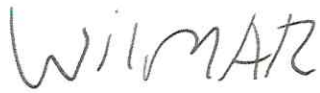
Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) DIEGO ANTONIO MEDINA ARDILA
Registro Médico: 1100961832 Licencia Salud Ocupacional: 4680 / 2024

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____
Nombre: WILMAR ARROYO GALVIS
Documento: CC 1004501419

ANEXO No. 5. ENTREGA DE DOTACION Y EPPS

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	David Rafael Carvajal Carrascal	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1065671220
AREA:	Comando de Policía Antioquia	CARGO:	Soldado
FECHA DE INGRESO:	17- Jul 2025	AUTORIZÓ:	Javier Cardona

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Botas	38	1	17-07-25												
2	Camisa	M	2	17-07-25												
3	Pantalon	32	1	17-07-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	David Rafael Carvajal Carrascal		
FIRMA:	David Carvajal		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona		

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Cesar Manuel Elcorcia	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1066865283
AREA:	Comando de Policia Antioquia	CARGO:	Encargado
FECHA DE INGRESO:	9-Jul-2025	AUTORIZÓ:	Javier Cardona

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Botas	39	1	8-07-25												
2	camisa	M	2	8-07-25												
3	Pantalon	32	1	8-07-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Cesar E.		
FIRMA:	Cesar E.		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona		

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Luis Eduardo Campos Torres	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	91323407
AREA:	Contratista de Policía Natagaima	CARGO:	Ayudante E.
FECHA DE INGRESO:	24-Jul-2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Botas	39	1	24/07/25												
2	Camisa	L	2	24/07/25												
3	Pantalon	34	1	24/07/25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Luis Eduardo Campos T
FIRMA:	Luis Eduardo Campos T
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona

Calle 93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular: 3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Johan Steven Guzman Ortega	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1007917620
AREA:	Comando de Policía Antioquia.	CARGO:	Encargado
FECHA DE INGRESO:	9- Jul- 2025	AUTORIZÓ:	Javier Cardona

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECH
1	Botas	39	1	9/7/25												
2	Camisa	XL	2	9/7/25												
3	pantalon	36	1	9/7/25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Johan S. Guzman O		
FIRMA:	Johan G.O		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona		

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Willinton Gutierrez	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	9147703
AREA:	Comando de Policia Antioquia	CARGO:	Oficial
FECHA DE INGRESO:	24-Jul-2025	AUTORIZÓ:	Janer Cardona

ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
		TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECH
1	Botas	39	1	24/07/25												
2	camisa	M	2	24/07/25												
3	Pantalon	32	1	24/07/25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Willinton Gutierrez		
FIRMA:	Wellinton gutierrez		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Janer Cardona		

Cale93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 001
FECHA: 21/02/2024
CODIGO: FIEPI-SST-001
NIT: 901.463 466-3

FECHA: 25-07-25 al 31-07-2025

PROYECTO: Comando de Policia Antioquia

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE E.P.P.

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Luis Eduardo [illegible]	91323487	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X				Luis E	Luis E	Luis E	Luis E	Luis E	Luis E
CESAR C.	1066865283	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X				CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR
Jhan Edwar Guzman	1007917620	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X				Jhan	Jhan	Jhan	Jhan	Jhan	Jhan
Wilson Gutierrez	91474107	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X				Wilson	Wilson	Wilson	Wilson	Wilson	Wilson
David Rafael Carvajal	1063671200	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X				David	David	David	David	David	David
FIRMA TRABAJADOR																		
VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)													[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

Javier Cardona

INSPECTOR Y/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: FOR- SST-001
		PAGINA: 1 DE 1

FORMATO N° 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	David R. Carvajal	CEDULA No.	1063671220	CARGO	Soldador

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	/	25-7-25	David carvajal
1	Gafas Transparentes	/	25-7-25	David carvajal
Par	Tapa oidos	/	25-7-25	David carvajal
Par	Guantes Carnaza	/	25-7-25	David carvajal
par	Guantes Nitrilo	/	25-7-25	David carvajal
1	Monja	/	25-7-25	David carvajal
Par	Tapa bocas	/	25-7-25	David carvajal
1	Careta Para Soldar	/	25-7-25	David carvajal

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona A.	CEDULA No.	15406500
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

David Carvajal

CEDULA No: 1063671220

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Johan Guzman O.	CEDULA No.	1007917620	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	/	25-7-25	Johan
1	Gafas transparentes	/	25-7-25	Johan
Par	Tapa oidos	/	25-7-25	Johan
par	Guantes carnaza	/	25-7-25	Johan
par	Guantes Nitrilo	/	25-7-25	Johan
1	Montaje	/	25-7-25	Johan
Par	Tapa bocas	/	25-7-25	Johan

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona A.	CEDULA No.	15406105
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 58 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Johan GO

CEDULA No: 1007917620

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Luis E. Campo T	CEDULA No.	91323487	CARGO	Ayudante E.

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	21-7-25	
2	Gafas Transparentes	Par	25-7-25	
3	Tapa oidos	Par	21-7-25	
4	Guantes Carnaza	Par	25-7-25	
5	Guantes Nitrilo	par	25-7-25	
6	Manga	1	25-7-25	
7	Tapa bocas	Par	25-7-25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier D. Cardona A	CEDULA No.	1140685005
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Luis E Campo T. 22-7-25

CEDULA No: 91323487

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

FORMATO N° 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Wilinton Gutierrez	CEDULA No.	91479703	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	/	25-7-25	Wilinton G
1	Gafas Transparentes	/	25-7-25	Wilinton G
par	Tapa oidos	/	25-7-25	Wilinton G
Par	Guantes carnaza	/	25-7-25	Wilinton G
Par	Guantes Nitrilo	/	25-7-25	Wilinton G
1	Manija	/	25-7-25	Wilinton G
Par	Tapaboca	/	25-7-25	Wilinton G

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona	CEDULA No.	1540607
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Wilinton Gutierrez G

CEDULA No: 91479703

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Cesar Escurcia	CEDULA No.	1066865783	CARGO	Ayudante.

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	25-7-25	CESAR E.
2	Gafas transparentes	1	25-7-25	CESAR E.
3	Tapa oidos	Par	25-7-25	CESAR E.
4	Guantes carnaza	Par	25-7-25	CESAR E.
5	Guantes Nitrilo	Par	25-7-25	CESAR E.
6	Monta	1	25-7-25	CESAR E.
2	Tapabocas	Par	25-7-25	CESAR E.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona	CEDULA No.	15406505
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 58 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CESAR E.

CEDULA No: 1066865783

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
	ENTREGA DE DOTACIÓN	
2025	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Juan Carlos Coronado	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1.126.123.427
AREA:	OPerano	CARGO:	Oficial
FECHA DE INGRESO:	10 - Julio - 2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECH.
1	Botas	40	1	10-0725												
2	camisa	M	2	1007-25												
3	Pantalon	34	1	10-0725												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Juan carlos coronadocastro		
FIRMA:			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:			

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Rafael Carvajal Ponton	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	77185703
AREA:	Operativa	CARGO:	Ayudante
FECHA DE INGRESO:	10 - Julio - 2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECH
1	Botas		1	10/07/25												
2	camisa		2	10/07/25												
3	Pantalon		1	10/07/25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Rafael Carvajal		
FIRMA:	Rafael Carvajal		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:			

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Elkin Daniel Lopez Pacheco	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1096246837
AREA:	Operativa	CARGO:	Oficial
FECHA DE INGRESO:	13-Julio-2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECH
1	Botas	1	Yo	13-07-25												
2	Camisa	2	M	13-07-25												
3	Pantalon.	1	32	13-07-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Elkin Lopez		
FIRMA:			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:			

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 301
FECHA: 23/02/2024
CODIGO: FIEPI-SST-001
NIT: 901.463.466-3

FECHA: Semana del 28 de Julio al 4-08-24
PROYECTO: Subestacion de Policia El Jordan

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE EPP

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Elkin Daniel Lopez	1096246837	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
Rafael Carvajal	77188703	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
Jhon Leal coronel	1122123424	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

Javier Cantillo
INSPECTOR V/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 001
FECHA: 21/02/2024
CODIGO: FIEPI-SST-001
NIT: 901.463 466-3

FECHA: Semana 20 al 27 Julio 2025

PROYECTO: Subestación de Policía El Jordan

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE EPP

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Rafael Carvajal	7718870	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael
Elkin Daniel Parra	1096246837	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
Juan Carlos Coronel	7726234	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación) J R J R J R J R J R J R

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

Javier Cardona

INSPECTOR Y/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 001	
FECHA: 21/02/2024	
CODIGO: FIEPI-SST-001	
NIT: 901.463 466-3	

FECHA: Semana del 17 al 19 de Julio

PROYECTO: Estación de Policía El Jordan

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE E.P.P.

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Simon carlos corrales	1126723427	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Rafael Carvajal	77088703	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Emmanuel Lopez	1042246837	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

INSPECTOR Y/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Juan Carlos Coronado	CEDULA No.	1126123427	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	9-7-25	
2	Gafas transparentes	1	9-7-25	
3	Tapa oidos	Par	9-7-25	
4	Guantes Nitrilo	Par	9-7-25	
5	Guante Vaqueta	par	9-7-25	
6	Manga	1	9-7-25	
7	Tapa bocas	par	9-7-25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona	CEDULA No.	1136606505
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1126123427

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Rafael Carvajal	CEDULA No.	77188703	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	15-7-25	Rafael
2	Gafas Transparentes	1	15-7-25	Rafael
3	Tapa oidos	Par	15-7-25	Rafael
4	Guantes Carnaza	Par	15-7-25	Rafael
5	Guantes Nitrilo	par	15-7-25	Rafael
6	Manga	1	15-7-25	Rafael
7	Tapa bocas	Par	15-7-25	Rafael

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona A.	CEDULA No.	15406805
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa **INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Rafael Carvajal

CEDULA No: 77188703

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Elkin Daniel Cortes	CEDULA No.	1096246837	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	4-7-25	
2	Gafas Transparentes	1	4-7-25	
3	Tapa oidos	par	4-7-25	
4	Guantes carnaza	par	4-7-25	
5	Guantes Nitrilo	par	4-7-25	
6	Manga	1	4-7-25	
7	Tapa bocas	Par	4-7-25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A Cardona A.	CEDULA No.	1140870X
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1096246837

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Edgar Rrea Sandoval	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	91046015
AREA:	Operativa	CARGO:	Maestro
FECHA DE INGRESO:	9-Jul-2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOL	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	
1	Camisa	M	2	9-07-25												
2	Pantalon	32	1	9-07-25												
3	Botas	39	1	9-07-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
NOMBRE DE QUIEN RECIBE:		Edgar Prea														
FIRMA:		Edgar Prea														
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:																

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENTREGA DE DOTACIÓN	PTS 13 - F01
2025	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Cesar Augusto Fernandez Serrano	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1093914224
AREA:	Urbanismo	CARGO:	Ayudante
FECHA DE INGRESO:	15/10/2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Camisa	M	2	15/10/25												
2	Pantalon	32	1	15/10/25												
3	Botas	39	1	15/10/25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Cesar Augusto F.S.		
FIRMA:	Cesar Fernandez S.		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:			

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Wilmar Arroyo Galvis	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1.004 701 619
AREA:	Operativa	CARGO:	Ayudante
FECHA DE INGRESO:	15-Jul-2025	AUTORIZÓ:	

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Camisa	M	2	15-07-25												
2	Pantalon	32	1	15-07-25												
3	Botas	39	1	15-07-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	WILMAR		
FIRMA:	WILMAR		
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:			

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Cesar A. Fernandez	CEDULA No.	1095914224	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	15-07-25	Cesar Fernandez
2	Guantes Carnaza	Par	15-07-25	Cesar Fernandez
3	Guantes Nitrilo	Par	15-07-25	Cesar Fernandez
4	Tapa bocas	Par	15-07-25	Cesar Fernandez
5	Tapa oidos	Par	15-07-25	Cesar Fernandez
6	Munga	1	15-07-25	Cesar Fernandez
7	Gafas Transparentes	1	15-07-25	Cesar Fernandez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona	CEDULA No.	1TY06500
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa **INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Cesar Augusto Fernandez Serrano

CEDULA No: 1095914224

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO FOR-SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Wilmar Arroyo G.	CEDULA No.	1004501419	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Vaqueta	Par	150725	WILMAR ARROYO
2	Guantes Nitrilo	Par	150725	WILMAR ARROYO
3	Tapa bocas	Par	150725	WILMAR ARROYO
4	Tapa oidos	Par	150725	WILMAR ARROYO
5	Gafas oscuras	1	150725	WILMAR ARROYO
6	Monja	1	150725	WILMAR ARROYO
7	Casco	1	150725	WILMAR ARROYO

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona	CEDULA No.	15406505
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley.a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa **INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S**

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

WILMAR ARROYO

CEDULA No: 1004501419

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO 2024
		CODIGO FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Edgar Perez S.	CEDULA No.	91046015	CARGO	Maestro

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Vaqueta	par	15/07/25	Edgar perez
2	guantes Nitrilo	par	15/07/25	Edgar perez
3	Tapa bocas	Par	15/07/25	Edgar perez
4	Tapa oidos	Par	15/07/25	Edgar perez
5	Gafas oscuras	1	15/07/25	Edgar perez
6	Monja	1	15/07/25	Edgar perez
7	Casco	1	15/07/25	Edgar perez
				Edgar perez
				Edgar perez
				Edgar perez
				Edgar perez
				Edgar perez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona	CEDULA No.	1540655
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Edgar perez saldaval

CEDULA No: 91046015

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Oneider Hernandez Escobar	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1003688578
AREA:	Planeacion de Pulica Valdivia	CARGO:	Oficial
FECHA DE INGRESO:	09-07-2025	AUTORIZÓ:	Ernesto Perez

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	camibuso	XL	2	9-725												
2	botas	39	1	9725												
3	Pantalon	34	1	9-725												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Oneider Hernandez E														
	FIRMA:															
	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona														

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENTREGA DE DOTACIÓN	PTS 13 - F01
2025	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Ronald Villamizar Ortega	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1098609369
AREA:	Estación de Policía Valdivia	CARGO:	Encargado
FECHA DE INGRESO:	09-07-2025	AUTORIZÓ:	Ernesto Perez

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	camisa buso	L	2	9-Jul-25												
2	botas	40	1	9 Jul 25												
3	pantalon	34	1	9 Jul 25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Ronald Villamizar														
	FIRMA:															
	NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona														

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN	
	VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Cristian Rafael Gamez	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1018461790
AREA:	Estación de Policía Valdivia	CARGO:	Soldado
FECHA DE INGRESO:	04-07-2025	AUTORIZÓ:	Ernesto Herrera

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Camibuso	L	2	10-7-25												
2	Botas	39	1	10-7-25												
3	Pantalon	32	1	10-7-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Cristian Sotelo		
FIRMA:			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona		

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Ever José Salazar Valderrama	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	1114434
AREA:	Estación de Policía Valdivia	CARGO:	Auxiliante
FECHA DE INGRESO:	09-08-2025	AUTORIZÓ:	Ernesto Perez

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Camisa busso	L	2	9-7-25												
2	botas	38	1	9-7-25												
3	Pantalon	34	1	9-7-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Ever Salazar		
FIRMA:			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Javier Cardona		

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PTS 13 - F01
2025	ENTREGA DE DOTACIÓN VERSION 01	PAG 1 DE 1

CONSECUTIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	Oscar Ramon Sulvaran	CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	6396123
AREA:	Comando de Policía Valdivia	CARGO:	Ayudante
FECHA DE INGRESO:	01- 08- 2025	AUTORIZÓ:	Ernesto Perez

		FECHA 1ª DOTACIÓN					FECHA 2ª DOTACIÓN					FECHA 3ª DOTACIÓN				
		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN		ENTREGA			DEVOLUCIÓN	
ITEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA	TALLA	CANT.	FECHA	CANT.	FECHA
1	Camibuso	L	2	9725												
2	Botas	39	1	9725												
3	Pantalon	34	1	9-7-25												
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	Oscar Sulvaran		
FIRMA:			
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	Jaime Cardona		

Calle93 No. 14-65 Fortezza 1
EMAIL: Ingenyoconstrucciones@gmail.com
Celular:3114823801
IBAGUE-TOLIMA

Powered by CamScanner

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA:11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Ever J. Salazar	CEDULA No.	PT 4114434	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	9-7-25	Ever J Salazar
2	Gafas transparentes	1	9-7-25	Ever J Salazar
3	Tapa oidos	par	9-7-25	Ever J Salazar
4	Guantes carnaza	Par	9-7-25	Ever J Salazar
5	Guantes Nitrilo	Par	9-7-25	Ever J Salazar
6	Manga	1	9-7-25	Ever J Salazar
7	Tapabocas	Par	9-7-25	Ever J. Salazar

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Evaner A Cantera	CEDULA No.	1T406500
CARGO	SST	FIRMA	Evaner Cantera

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Ever Jose Salazar Valderrama

CEDULA No: PT 4114434

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Oneider Hdez	CEDULA No.	1003368578	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	✓	9-7-25	
2	Gafas Transparente	✓	9-7-25	
3	Tapa oidos	✓	9-7-25	
4	Guantes Carnaza	✓	9-7-25	
5	Guantes Nitrilo	✓	9-7-25	
6	Mosca	✓	9-7-25	
7	Tapabocas	✓	9-7-25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier A. Cardona	CEDULA No.	1540650
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 58 y Art. 59 numeral 7, LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1003368578

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO N° 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Ever R. Salazar	CEDULA No.	6396123	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Vaqueta	Par	9-7-25	Ever R Salazar
2	Guantes Nitrilo	Par	9-7-25	Ever R Salazar
3	Tapa bocas	Par	9-7-25	Ever R Salazar
4	Tapa oidos	Par	9-7-25	Ever R Salazar
5	Gafas Oscuras	1	9-7-25	Ever R Salazar
6	Monjar	1	9-7-25	Ever R Salazar
7	Casco	1	9-7-25	Ever R Salazar

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona	CEDULA No.	1T406705
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Ever R Salazar

CEDULA No: 6396123

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO N° 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Cristian Sotelo	CEDULA No.	1019462795	CARGO	Soldador

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Vaqueta	Par	9-7-25	Cristian Sotelo
2	Guantes Nitrilo	Par	9-7-25	Cristian Sotelo
3	Tapa bocas	par	9-7-25	Cristian Sotelo
4	Tapa oidos	par	9-7-25	Cristian Sotelo
5	Gafas Oscuras	1	9-7-25	Cristian Sotelo
6	Manga	1	9-7-25	Cristian Sotelo
7	Casco	1	9-7-25	Cristian Sotelo

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona	CEDULA No.	15406504
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 58 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979, Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Cristian Sotelo

CEDULA No: 1019462795

INGENYO	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		FECHA 11 FEBRERO /2024
		CODIGO: FOR- SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

FORMATO Nº 001

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Ronald Villamizar	CEDULA No.	1098609869	CARGO	Encargado

ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes vaqueta	Par	9-7-25	Ronald
2	Guantes Nitrilo	Par	9-7-25	Ronald
3	Tapa bocas	par	9-7-25	Ronald
4	Tapa oidos	par	9-7-25	Ronald
5	Gafas oscuras	1	9-7-25	Ronald
6	Manga	1	9-7-25	Ronald
7	Casco	1	9-7-25	Ronald

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Javier Cardona	CEDULA No.	1096508
CARGO	SST	FIRMA	Javier Cardona

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido informacion sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajop (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa INGENYIO CONSTRUCCIONES S.A.S

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Ronald villamizar Ortega

CEDULA No: 1098609869

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 001
FECHA: 21/02/2024
CODIGO: FIEPI-SST-001
NIT: 901.663 466-3

FECHA: 23-07-25 a 31-07-2025

PROYECTO: Comando de Policía Valledupar

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE EPP

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Jhonder Hernandez	1065[illegible]79	X	X	X	X	X	X											
Ever R Salazar	6396178	X	X	X	X	X	X						Ever	Ever	Ever	Ever	Ever	Ever
Ronald Villarreal O	1098609869	X	X	X	X	X	X						Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald
Ever Jose Salazar V.	4114434	X	X	X	X	X	X						Ever J	Ever J	Ever J	Ever J	Ever J	Ever J
Cristian Gabriel Cáceres	1018466977	X	X	X	X	X	X						Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN N:E (de acuerdo a programación)

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

Jhonder Cardona

INSPECTOR Y/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 001
FECHA: 21/01/2024
CODIGO: FIEPI-SST-003
NIT: 901.468.466-3

FECHA: 16-07-25 al 22-07-2025

PROYECTO: Comando de Policia Valdivia

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE EPP

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	D	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Cristian Hernandez S	1003693543	X	X	X	X	X	X											
Ever R Salazar	639626	X	X	X	X	X	X						Ever	Ever	Ever	Ever	Ever	Ever
Ronald Ulloa Cer O	1098609864	X	X	X	X	X	X						Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald
Ever JOSE salazar V.	4114434	X	X	X	X	X	X						Ever S	Ever S	Ever S	Ever S	Ever S	Ever S
Cristian Soto Gomez	1018461775	X	X	X	X	X	X						Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN H.S.E (de acuerdo a programación)

I R	I R	I R	I R	I R	I R	I R

ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

INSPECTOR Y/O COORD DE SST

Powered by CamScanner

INGENYO

FORMATO INSPECCION DI PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

VERSION: 301
FECHA: 21/02/2024
CODIGO: FIEPI-SST-001
NIT: 901.463 666-9

FECHA: 09-07-2025 al 15-07-25

PROYECTO: Comando Policía Valledupar

USE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION

USO OBLIGATORIO DE E.P.P

FORMATO N°001

TRABAJADOR	CEDULA	gafas	protector respiratorio	protector auditivo	guantes	barbuquejo	casco	Botas	B	R	M	NA	FIRMA LUNES	FIRMA MARTES	FIRMA MIERCOLES	FIRMA JUEVES	FIRMA VIERNES	FIRMA SABADO
Eduardo Hernandez C	1003368578	X	X	X	X	X	X	II										
Ever R Salazar	6396173	X	X	X	X	X	X	II					Ever	Ever	Ever	Ever	Ever	Ever
Ronald Villamizar O	1098609869	X	X	X	X	X	X	II					Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald	Ronald
Cristian Sotelo Gomez	1018467793	X	X	X	X	X	X	II					Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian
Ever Jose Salazar V.	4444434	X	X	X	X	X	X	II					Ever J	Ever J	Ever J	Ever J	Ever J	Ever J

FIRMA TRABAJADOR

VERIFICACIÓN H IE (de acuerdo a programación)

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA

FESTIVO

Javier Cardona

INSPECTOR Y/O COORD SG SST

Powered by CamScanner

INGENYO

ANEXO No. 6. ASISTENCIA A CHARLAS DE SEGURIDAD Y CAPACITACIONES

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS	VERSION: 005
	CODIGO: FCDSDCM-001-SST
	FECHA:02/01/2024
	NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA 25-07-25 al 31-07-2025
REALIZADA POR Javier Cardona A.
AREA: Obra pintuco parte fachada sanitaria

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el Sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque segun el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CÉDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
José Eduardo Campos Torres	91323987	José Eduardo	José ECT	José ECT	José ECT	José ECT	José ECT	José ECT	
CESAR MANUEL ESCORCIA PADILLA	1066865287	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	CESAR	
Wilinton Gutierrez	9147017033	Wilinton	Wilinton	Wilinton	Wilinton	Wilinton	Wilinton	Wilinton	
Johan Estiven Guzman	1007917620	Johan	Johan	Johan	Johan	Johan	Johan	Johan	
David Rafael carvajal	1065671220	David	David	David	David	David	David	David	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)									

FECHAS Y TEMAS

25 Riesgos y Proyectos	29- Peligros
26- Pausas activas	29- Movimientos Repetitivos
27- EPP	30-31- Habito Peligroso

FESTIVO

Javier Cardona
INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS	VERSION: 005
	CODIGO: FCDSDCM-001-SST
	FECHA:02/01/2024
	NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA Semana del 29 de Agosto 2024
REALIZADA POR Jenny Cardona
AREA: Subestación de Policía El Jordán

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el Sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque según el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
Edwin Daniel Lopez	1096246833	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	
Rafael Carvajal	7188703	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	
Juan carlos coronado	1126723477	Juan carlos	Juan carlos	Juan carlos	Juan carlos	Juan carlos	Juan carlos	Juan carlos	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)		J R	J R	J R	J R	J R	J R	J R	

FECHAS Y TEMAS

Que me puede hacer daño hoy?	Autoridades en Puesto de Trabajo
La carga mental	Prevención caidas
A mi no me va a pasar	Promocion auto cuidado

FESTIVO

Jenny Cardona
INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS	VERSION: 005
	CODIGO: FCDSDCM-001-SST
	FECHA:02/01/2024
	NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA: Semana del 29 al 31 de Julio 2024
REALIZADA POR: Tapias Cardona
AREA: Subestación de Policía El Jardín

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el Sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque segun el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
Rafael Cardona	77188703	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	Rafael	
Elkin Daniel Hernandez	1096246837	Elkin	Elkin	Elkin	Elkin	Elkin	Elkin	Elkin	
Juan carlos Posada	1126123427	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	Juan C	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)		L R	L R	L R	L R	L R	L R	L R	

FECHAS Y TEMAS

Reglamentos, tropiezos y caidas	Peligros
Pausas activas	Movimientos repetitivos
EPP	Un trabajo peligroso

FESTIVO

Juan Cardona
INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INSENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS

FECHA: 10 de enero de 2023

REALIZADA POR: [illegible]

AREA: [illegible]

Objetivo: Identificar y comocer todos los temas relacionados con la Seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y estar bien dispuestos con conocimientos con respecto a todas las actividades presentes.

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
Luis Carlos Coronado	1.082.122.29	[illegible]	[illegible]						
Rafael Cardenas	7488203	[illegible]	[illegible]						
Edwin Pabon	1.082.0072	[illegible]	[illegible]						
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN TEMAS SST (DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN)		JR	JR	JR	JR	JR	JR	JR	

FECHAS Y TEMAS

Protección de los pies	Agotamiento por el calor
Protección de manos y brazos	Seguridad en caso de accidente
Herramientas manuales	Signos de letras

FESTIVO

Javier Cardenas

INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: HORA INICIO: HORA FINALIZACION

TEMA TRATADO: Induccion SST
RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Jaime Cardona
CARGO: SST
OBJETIVOS: Brindar Información Para realizar actividades de Forma Segura

DATOS DE ASISTENCIA

ITEM	NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1				
2	Rafael Carrillo	77188703	AX	Rafael
3	Juan carlos coronado castro	1126723427	Oficial	Juan Carl
4	Elbin Daniel Lopez Pacheco	1096246837	Aprendiz	Elbin
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: HORA INICIO: HORA FINALIZACION:

TEMA TRATADO: Inspección Cordura
RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Sensibilización Interna.
CARGO: SST
OBJETIVOS:
Prevenir accidentes mediante comunicación visual de peligros y riesgos

DATOS DE ASISTENCIA

ITEM	NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1				
2	Juan Carlos Corona Castro	1126123427	Oficial	
3	Elkin David Lopez Pacheco	1096206837	Ayudante	
4	Rafael Carvajal	77188703	Ax	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: HORA INICIO: HORA FINALIZACION

TEMA TRATADO: Charla de seguridad Publica
RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Javier Cardona y Comandante de estación
CARGO: SST - Portal
OBJETIVOS:
Recibir recomendaciones por parte de ingenieros y Comandante de estación

DATOS DE ASISTENCIA

TEM	NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Elkin Daniel Lopez Pacheco	1096246837	Ayudante	
2	Jeison carlos corona castro	1126723427	Oficial	
3	Rafael Carvajal	77188703	Ax	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: 5/11/22 HORA INICIO: HORA FINALIZACION

TEMA TRATADO: Inducción SST

RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Javier Cardona

CARGO: SST

OBJETIVOS:

Brindar información para realizar actividades de forma segura

DATOS DE ASISTENCIA

ITEM	NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	WILMAR ARROYO	1004701419	Aprendiz	WILMAR
2				
3	Cesar Fernandez	1095914224	oficial	Cesar
4	Edgar Pava Sandoval	91046015	maestro	Edgar
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO

INGENYO CONSTRUCCIONES	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: 10-10-2015 HORA INICIO: HORA FINALIZACION

TEMA TRATADO: Señalizacion Interna

RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Javier Cardona

CARGO: SST

OBJETIVOS: Prevenir accidentes mediante comunicación visual de Peligros y riesgos

DATOS DE ASISTENCIA

ITEM	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	WILMAR ARROYO	1004150119	ARQUERO	WILMAR
2				
3	Cesar Fernandez S.	1.095914224	Oficial	Cesar
4	Edgar Perez Sandoval	91046013	maestro	Edgar
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO

INGENYO	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INGENYO S.A.S	Código:	PDA-SST-06
		Versión:	1.0
	PLANILLA DE ASISTENCIA	Área:	Seguridad Salud y Medio Ambiente SSMA
		Páginas:	1 de 2

FECHA: 11/10/2024 HORA INICIO: HORA FINALIZACION

TEMA TRATADO: Charla de seguridad p. Lluvia

RESPONSABLE DE DICTAR LA CAPACITACION: Inver Cardona.

CARGO: SST

OBJETIVOS:

Recibir recomendaciones por parte de ingenieros y comandante de estación

DATOS DE ASISTENCIA

ITEM	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	WILMAR ARROYO	1004730419	AYUDANTE	WILMAR
2	Cesar Fernandez S.	1095942224	oficial	cesar
3	Edgar Perez S.	91046015	maestro Edgar.	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS

VERSION: 005
CODIGO: FGOSDCM-001-SST
FECHA:02/01/2024
NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA: Comenzar 29 de 29 agosto 2025

REALIZADA POR: Javier Cardona

AREA: Subestacion de Policia San Miguel

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el Sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque segun el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
WILMAR HARROVO	1004501119	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	
Cesar Fernandez	1095914224	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	
Edgar Pru	9706015	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)		R	R	R	R	R	R	R	

FECHAS Y TEMAS

Que no puede hacer desde hoy?	Autocuidado Puesto de trabajo
La carga mental	Recreacion Cardas
Fin no nos vemos a volver	Promocion autocuidado

FESTIVO

Javier Cardona

INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS

VERSION: 005
CODIGO: FCDSDCM-001-SST
FECHA:02/01/2024
NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA Semana del dia 27 de Ene 2025
REALIZADA POR Jenifer Cardona
AREA: Subestacion de Potencia San Miguel

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el Sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque según el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
WILMAR ROVO	1004504419	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	
Edgar [illegible]	91041601	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	
Cesar Fernandez	1095914224	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)		LR	LR	LR	LR	LR	LR	LR	

FECHAS Y TEMAS

Resbalones, tropezones, caidas	Riesgos
Pausas activas	Numeros reportables
EPP	Un habito Riesgoso

FESTIVO

Jenifer Cardona
INSPECTORA Y/O COORD SG SST

INGENYO

FORMATO DE CHARLAS DE SEGURIDAD DE CINCO MINUTOS	VERSION: 005
	CODIGO: FCDSDCM-001-SST
	FECHA:02/01/2024
	NIT:901.463.466-3

FORMATO N°001

FECHA Semana del 29 de Julio al 3 de Agosto 2024
REALIZADA POR Equipo de Logistica
AREA: Estación de Policía San Miguel

Objetivo: Identificar y conocer todos los temas relacionados con el sistema de seguridad y salud en el trabajo con el fin de mitigar actos inseguros, incidentes y accidentes de trabajo, y enriquecer nuestros conocimientos con respecto a todas las normatividad presentes.

Marque segun el criterio R: REALIZADA NE: NO EJECUTADA

TRABAJADOR	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	CALIFICACION
WILMAR Zoro	1004504119	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	WILMAR	
Cesar Fernandez S.	1.095914224	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	
Edgar P...	91046015	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	
FIRMA TRABAJADOR									
VERIFICACIÓN COORD SST (de acuerdo a programación)		L	L	L	L	L	L	L	

FECHAS Y TEMAS

Protección de los pies	Agotamiento por el calor
Protección de las manos y brazos	Seguridad en caso de accidentes
Herramientas Manuales	Uso de Extintores

FESTIVO

Jenny Cardona
INSPECTORA Y/O COORD SG SST

Tapia Manuel			
[illegible]			
Cadena Pablo [illegible]			

FECHAS Y TEMAS

Tipos de Peligros	Uso de epp
Riesgo electrico	Herramientas manuales
Protección de la piel	

Jhuver Cardona

INSPECTORA Y/O COORD SG SST

ANEXO No. 7.
ACTIVIDADES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2022
CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N°08

PROYECTO Ruta Antioquia — EQUIPO TALADRO MANUAL
MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A
OPERARIO Wilington Echeverri — SEMANA DEL 25-04-22 AL 01-05-2022

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del Mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las quijadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de accion de martillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del botón del seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificacion	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Wilington		Wilington		Wilington		Wilington		Wilington		Wilington		Wilington	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001

FORMATO N°001

PROYECTO: Edificio Antioquia — EQUIPO: PULIDORA
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Willington Gutierrez — SEMANA DEL: 25-01-24 — AL: 01-02-2025

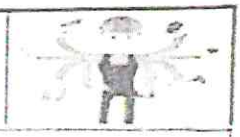
ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones electricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guia y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Willington		Willington		Willington		Willington		Willington		Willington		Willington	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	JR		JR		JR		JR		JR		JR		JR	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion 2/01/2024
CODIGO IPHM SST 001



FORMATO N°001

PROYECTO: Patria Portugues — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Willington Polanco — SEMANA DEL: 25-03-24 — AL: 31-03-2024

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC. B	MIERC. M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras y palancas	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta metrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no este deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de alinear	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Nombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfin estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfin estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR	Willington		Willington		Willington		Willington		Willington		Willington		Willington	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA
30-03-24	Herramientas en el piso	Seguridad	Willington	31-03-24

INGENYO

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

FORMATO N°001

CODIGO SST FOR 65
VERSION 1
FECHA 22 01 2024

FECHA DE INICIO: 25 | 07 | 25 — PERMISO VALEDO HASTA: 31 | 07 | 2025

EMPRESA EJECUTORA:

AREA O LUGAR: Entrada porteria caminos — N° PERSONAS EJECUTORAS: 5

ACTIVIDAD A REALIZAR: fundir zapatas, cortar varillas y soldar porteria y metalicos

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Cortadora, Pulidora, equipo de soldadura,

Los ejecutantes han recibido información sobre los temas mínimos preventivos para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos para la ejecución de las tareas: SI [X] NO [ ]

Verificación de los medidas preventivos (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos con suficiente cuidado?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?			X
¿Se han suspendido extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un Brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?		X	
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
¿Se [illegible] que materiales combustibles, ¿se ha movido la zona o cubierto con arena material combustible?			X
[illegible] señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención. (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Equipo se encuentra en buen estado sin ningún tipo de fuga o fisura?			X
¿El soplete no presenta escape de gas?			X
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?			X
¿El área de trabajo tiene una corriente ventilación natural?	X		
¿Se verifica que no encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad?	X		
¿El trabajador declara estar en óptimas condiciones de salud para realizar la actividad?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Careta mano grde, Proteccion facial, Proteccion visual, mono, Botas de seguridad, Guantes de tipos, petero y de nitrilo, casco)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el taller ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud medico ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por el actor programado ALTURAS - ELECTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [X]
2. Por la ubicación del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI [ ] NO [X]
3. [illegible] otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]
   ¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el taller ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]
¿Cuales son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y las demas controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Wilton Gutierrez Esteban	914797403	Wilton G E
CESAR [illegible]	1066265227	CESAR C.
Jhoan Esteven Guzman Ortega	1007917620	Jhoan G.O
[illegible]	913223487	[illegible]
[illegible]	1065591270	[illegible]

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que
- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Estoy al área limpia libre de desechos y materiales

FIRMA Y C C FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente verificado que
- [ ] El area queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C C INSPECTOR SST

1540651 CT

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

Código: FO-SG-22
Versión: 1
Fecha: Enero 03 de 2023
Página: 1 de 1

PERMISO TRABAJO DE ALTURAS

NIT: 901 643 466-3

INGENYO

PERMISO TRABAJO N°001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24 Julio 2023 HORA: 7:00 AM LUGAR: Subestación de Policía El Jardín

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, UNIDAD, EPS "SALUD", AFP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	ACTIVIDADES	EPS	ARL	PENSION	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Rafael Carvajal C.	Oficial-Soldador	Soldador	Nueva EPS	Sura	porvenir	

ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (METROS)	4.0 mt	DISTANCIA DE CAIDA TOTAL (METROS)	4. mt	LUGAR SITIO EXACTO	Cubierta Comando

TIPO DE TRABAJO:
cambio de cubierta y Pintura de estructura

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA
Retirar teja, armar estructura metalica para instalación de Techo

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
David Rafael Carvajal	1065671220	David C.	David C	David C	David C	David C.	David C.	

OBSERVACIONES
Actividad desarrollada en compañía de un ayudante

PERMISO VALIDO DESDE	FECHA	24	Julio	2025	HORA:	7:00Am	HASTA	FECHA	31	07	2025	HORA	5:00Pm

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (procedimiento)	PELIGRO (Fuente)	CONSECUENCIAS	*CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Protectivos y Reactivos)*	CARGO RESPONSABLE
ALISTAMIENTO DE EQUIPOS-HERRAMIENTAS-MATERIAS-PARA LA EJECUCION DE TODAS LAS ACTIVIDADES	PSICOSOCIALES	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAIDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESION, EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION	SST, TRABAJADOR ENCARGADO DE AREA
	FISICOS		USO DE EPP	
	NATURALES		PLAN DE EMERGENCIA	
	BIOMECANICOS		AUTOCUIDADO	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD		ORDEN Y ASEO	
	ELETRICOS		PAUSAS ACTIVAS	
	BIOLOGICOS		BARRIDO VISUAL	
CIERRE DE LA ACTIVIDAD- ORDEN Y ASEO	PSICOSOCIALES	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAIDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESIÓN EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION	SST, TRABAJADOR ENCARGADO DE AREA
	FISICOS		USO DE EPP	
	NATURALES		PLAN DE EMERGENCIA	
	BIOMECANICOS		AUTOCUIDADO	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD		ORDEN Y ASEO	
	ELETRICOS		PAUSAS ACTIVAS	
	BIOLOGICOS		BARRIDO VISUAL	

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL , DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)

CASCO CON BARBUQUEJO	X	ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS	X	KIT DE RESCATE	
GAFAS DE SEGURIDAD	X	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X	AUTORETRACTIL	
GUANTES ANTIDESLIZANTES	X	MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO		SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSION	
PROTECCION AUDITIVA	X	ANCLAJE PORTATIL (TIPO C9)		ANDAMIOS	X
PROTECCIÓN RESPIRATORIA	X	LINEA DE VIDA PORTATIL	X	ESCALERA EXTENSIBLE	
BOTAS ANTIDESLIZANTES	X	PRETALES		ESCALERA TIJERA	X
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO, SEGÚN APLIQUE)	X	DESCENDEDORES		OTROS:	

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
SE HA INSTALADO SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA QUE DELIMITE EL ÁREA DE TRABAJO (CINTA, CONOS, SEÑALES TUBULARES O POLISOMBRAS, DE TAL MANERA QUE SE PUEDA AISLAR O RESTRINGIR LA ZONA Y NO SE PERMITA EL PASO DE PERSONAS O VEHÍCULOS A JENOS A LA LABOR)	X			
EL TRABAJO EN ALTURAS MÍNIMO LO VAN A REALIZAR DOS TRABAJADORES O EJECUTORES	X			
LOS TRABAJADORES ESTAN APTOS PARA DESAROLLAR LA LABOR (ESTADO DE SALUD Y CON CONCEPTO MEDICO VIGENTE)	X			
LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES	X			
LOS TRABAJADORES REVISAN LOS ACCESOS AL ÁREA DE TRABAJO Y LOS REQUERIMIENTOS DE RESCATE EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA	X			
LOS TRABAJADORES REALIZAN EL PERMISO DE TRABAJO EN EL LUGAR A INTERVENIR	X			
LOS TRABAJADORES REALIZAN EL ANALISIS DE TRABAJO SEGURO Y LO SOCIALIZAN ANTES DE INICIAR LA LABOR	X			
SE TIENEN EN CUENTA MEDIDAS DE TRABAJO SEGURAS PARA ADELANTAR LABORES EN CERCANIAS A LINEAS Y/O EQUIPOS ELECTRICOS ENERGIZADOS	X			

	FIRMA DEL ENCARGADO	RESIDENTE DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	MIEMBROS CONTRATISTA
FIRMA				Jaime Cardona		

Código: FO-SG-22
Versión: 1
Fecha: Enero 02 de 2023
Página: 1 de 1

PERMISO TRABAJO DE ALTURAS

N.I.T. 901.643.464-3

INGENYO

PERMISO TRABAJO N°: 001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24 Julio 2023 HORA: 7:00 AM LUGAR: Subestación de Retiro El Jordan.

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, UNIDAD, EPS "SALUD", ARP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	ACTIVIDADES	EPS	ARL	PENSION	FIRMA DEL TRABAJADOR
David Rafael Carvajal C.	Oficial-Soldador	Soldador	Nueva EPS	Sura	Porvenir	

ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (METROS)	DISTANCIA DE CAIDA TOTAL (METROS)	LUGAR SITIO EXACTO
40 mt	4 mt	Cubierta Comando

TIPO DE TRABAJO:
Cambio de cubierta y Pintura de estructura

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:
Retirar teja, armar estructura metalica para instalación de Techo

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
David Rafael Carvajal	1065671220	David C.	David C.	David C	David C	David C.	David C.	

OBSERVACIONES:
Actividad desarrollada en compañía de un ayudante

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO SST-FOR-45
		VERSION: 1
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	FECHA 22-01-2024

FORMATO N°001

FECHA DE INICIO: 12 DÍA | 07 MES | 2025 AÑO — PERMISO VÁLIDO HASTA: 19 DÍA | 07 MES | 2025 AÑO

EMPRESA EJECUTORA: Global Construcciones MP SAS

ÁREA O LUGAR: Sub-Estación de policía El Jordan — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Demolición de mortero con taladro, Demoledor, cortar Tubería puc.

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Taladro demoledor, pulidora

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de las labores — SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El Sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?			X
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?			X
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y procedimientos a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un trabajador de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿[illegible] y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se [illegible] las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?			X
¿El soplete no presenta escape de gas?			X
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?			X
¿El area de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en optimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad, Guantes de tipo in- genierio y de nedroprieno ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1 Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [X]

2 Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. — SI [ ] NO [X]

3 Se [illegible] er otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Rafael Arnaldo Ponton	77188203	[signature]
Jhon Carlos Coronado Acosta	1126723427	[signature]
Elkin Daniel Lopez Pacheco	1096246837	[signature]

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que

- [X] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [X] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [X] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C. INSPECTOR SST

Jamer Cardona

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO SST-FOR-45
		VERSION 1
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	FECHA 22-01-2024

FORMATO N°001

FECHA DE INICIO: 28 | 07 | 2025 PERMISO VÁLIDO HASTA: 27 | 07 | 2025 AÑO

EMPRESA EJECUTORA: Global Construcciones MP

ÁREA O LUGAR: Sub Estación de Policía el JORDAN. Nº PERSONAS EJECUTORAS 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Desmontar drywall

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Polidora, equipo de soldadura

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de las labores: SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?			X
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?			X
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se ha implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?			X
¿El soplete no presenta escape de gas?			X
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?			X
¿El area de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en optimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual: monja, Botas de seguridad, Guantes de tipo in- genero y de reciproteno ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra estan habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el lider ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados SI [ ] NO [X]
3. Se requiere otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]
   ¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el lider ejecutante)			Marque con "X" segun aplique
¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?	SI	NO [ ]	[X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo?	SI	NO [ ]	[X]

¿Cuales son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR : He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST : He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR.
Rafael Caruajul Pontón	77162705	Rafael
Juan Carlos Carmona Martin	7267234779	Juan Carl
Elbin Daniel Lopez Pacheco	1096246877	Elbin

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que

- [X] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [X] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [X] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C. INSPECTOR SST

Javier Cardona

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO SST-FOR-45
		VERSIÓN 1
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	FECHA 22-01-2024

FORMATO N°001

FECHA DE INICIO: DIA 29 MES 07 AÑO 2025 — PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 04 MES 08 AÑO 2025

EMPRESA EJECUTORA: Global Construcciones MR.

AREA O LUGAR: Subestación de policía EL JORDAN — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Desmontar drywall, instalacion PVC cielo raso, soldar estructura metalica

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Equipo de soldadura, pulidora

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de las labores — SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?			X
¿Se han cubierto todas las aberturas en pareces y pisos?			X
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y entregado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el sustrato de material combustible ¿se ha movido la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se [illegible] sido y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se ha [illegible] verificado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?			X
¿El soplete no presenta exceso de gas?			X
¿Se verifica que el cilindro que no tenga exceso de gas?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el área de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en optimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad se trabajo en caliente requiere el corte de energía electrica o gas?			X

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad, Guantes de tipo in- genero, y de reciprocamiento ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELECTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI [ ] NO [X]
3. Se [illegible]r otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]

¿Cuáles? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Juan Carlos Cardona	1126123427	
Edwin David Lopez Pacheco	1096246877	
Rafael Eduardo Pantoja	77189703	

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de herramientas y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que

- [X] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [X] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [X] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C. INSPECTOR SST

Javier Cardona

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2022

CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N°08

PROYECTO: Sub Estacion de Policia El Jordan — EQUIPO: TALADRO MANUAL

MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: NA

OPERARIO: Elkin Lopez P. — SEMANA DEL: 28-07-2021 AL 04-08-2021

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del Mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la llave del mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de las quijadas	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado del interruptor de acción de martillo	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado del botón del seguro	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del mango	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la plaqueta de identificación	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la base de trabajo	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	/		/		/		/		/		/		/	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR Elkin Lopez	Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2022

CODIGO: IPTM-SST-001

FORMATO N° 08

PROYECTO Estación de Policía El Jordán — EQUIPO TALADRO MANUAL

MARCA NA — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A

OPERARIO Rafael Carvajal P. — SEMANA DEL 20-07-2025 AL 27-07-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del Mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las quijadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de acción de martillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del botón del seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR Rafael Carvajal	Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J—R		J—R		J—R		J—R		J—R		J—R		J—R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2022

CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N° 001

PROYECTO Subestación de Vicky El Jordan EQUIPO TALADRO MANUAL

MARCA N/A MODELO N/A IDENTIFICACION N/A

OPERARIO Elkin Lopez SEMANA DEL 25-07-2022 AL 31-07-2022

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		X		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del Mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		X		✓		✓	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las quijadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de acción de martillo	✓		✓		✓		X		✓		✓		✓	
	Estado del botón del seguro	✓		✓		✓		✓		X		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		X	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR Elkin Lopez	Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	JH		JH		JH		JH		JH		JH		JH	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2024

CODIGO: IPP-SST-001

FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de Policía El Jordán — EQUIPO: PULIDORA

MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A

OPERARIO: 1106122427 — SEMANA DEL: 28-07-25 — AL: 04-08-2025

ITEM	CONCEPTO: Portátiles Carnital	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la guía y la guarda	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR: Sivar cada coronado	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	I R		I R		I R		I R		I R		I R		I R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001

FORMATO N°001

PROYECTO Subestación de Bolívar El Jordán — EQUIPO PULIDORA
MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A
OPERARIO Rafael Carvajal P. — SEMANA DEL 20-07-2025 AL 26-07-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR Rafael Carvajal	Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2024

CODIGO: IPP-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO Subestacion de Potencia El Jardin — EQUIPO PULIDORA

MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A

OPERARIO Elkin Lopez — SEMANA DEL 11-07-2025 — AL 19-07-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR Elkin Lopez														
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J		J		J		J		J		J		J	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Estación de Policía C/ Jordan — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Rafael Carvajal — SEMANA DEL: 29-07-25 AL: 04/08/2025

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC B	MIERC M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras y palancas	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de alinear	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR Rafael Carvajal	Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael		Rafael	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J R		J R		J R		J R		J R		J R		J R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

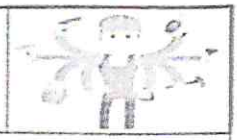
FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 2/01/2024

CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N1001

PROYECTO: Subestación de Policía El Judea — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

MARCA: M.A. — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A

OPERARIO: Elkin Lopez — SEMANA DEL: 20-07-25 — AL: 27-07-25

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	X		X		X		X		X		X		X	
Barras y palancas	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	X		X		X		X		X		X		X	
	Filos de corte redondeados	X		X		X		X		X		X		X	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar	X		X		X		X		X		X		X	
	Visibilidad de la escala de medición	X		X		X		X		X		X		X	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	X		X		X		X		X		X		X	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	X		X		X		X		X		X		X	
Llapas de alinear	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	X		X		X		X		X		X		X	
Porras	Mango	X		X		X		X		X		X		X	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	X		X		X		X		X		X		X	
Ratche	Mango y cuadrante	X		X		X		X		X		X		X	
Segueta	Marco, dientes de la hoja	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMAS	TRABAJADOR Elkin Lopez	Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin		Elkin	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de Policía El Tunjuelo — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR

MARCA: N/A — MODELO: Varios — IDENTIFICACION: N/A.

OPERARIO: Juan Carlos Carrasco — SEMANA DEL: 17-09-2024 AL: 19-09-2024

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC B	MIERC M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras y palancas	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinceles / Punzones	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Grapas de alinear	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR Juan Carlos	Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos		Juan Carlos	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:SST-FOR-45
		VERSIÓN: 1
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	FECHA:22-01-2024

FORMATO N°001

FECHA DE INICIO: 20 DÍA | 07 MES | 28 AÑO — PERMISO VÁLIDO HASTA: 04 DÍA | 08 MES | 2025 AÑO

EMPRESA EJECUTORA: Global Constructora

ÁREA O LUGAR: Sub Estación de Policía San Miguel — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Cortar estructura metálica, Desmontar Drywall

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Soldadora, Taladro

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos — SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?			X
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?			X
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?			X
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?			X
Si el sustrato es material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha aislado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?			X
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?	X		
¿El soplete no presenta escape de gas?			X
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural?			X
¿Se verifica que se encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en óptimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?	X		

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad Guantes de tipo in- genero, y de neopopleno ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
Ha verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI [ ] NO [X]
3. Se requiere otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]
   ¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Edgar Perez Sandoval	9104606015	Edgar P S
Cesar Augusto Fernandez S.	1095414224	Cesar F S
WILMER LAREZO	1004304119	WILMER LAREZO

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que:
- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C INSPECTOR SST

Javier Cardona

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:SST-FOR-45
		VERSIÓN: 1
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	FECHA:22-01-2024
	FORMATO N°001	

FECHA DE INICIO: DIA 20 MES 07 AÑO 25 — PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 27 MES 07 AÑO 2025

EMPRESA EJECUTORA: Global construcciones

AREA O LUGAR: Sub estacion de Policía San Miguel — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Soldar estructura metálica, instalacion PVC cielo raso, instalacion manto

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Soplete, pulidora, Taladro

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos — SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el trabajo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha señalizado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte o sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?	X		
¿El soplete no presenta escape de gas?	X		
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en óptimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad Guantes de tipo in- genero, y de neoprapleno ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
Ha verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELECTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI [ ] NO [X]
3. Se requiere otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]
   ¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR : He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

SUPERVISOR SST : He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR.
Edgar Javier Sandoval	91046015	Edgar
CESAR AUGUSTO FERNANDEZ S.	1095914224	Cesar fernandez
WILMAR ANDRES	1004764419	WILMAR ANDRES

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que.
- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C INSPECTOR SST

Javier Cardena

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

INGENYO

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO SST-FOR-45 | VERSION: 1 | FECHA: 22-01-2024

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE
FORMATO N°001

FECHA DE INICIO: 10 | 07 | 25 — PERMISO VALIDO HASTA: 19 | MES | 2025

EMPRESA EJECUTORA: Sub Global construcciones sas.

ÁREA O LUGAR: Estación de Policía, San Miguel

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalar mantenimiento con Soplete Soldar estructura metalica y instalación AVC de Gradas — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Soplete, Soldadora, Taladro, equipo de soldadura.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de las tareas — SI: X NO:

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N.A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo esta libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están ubicados y protegidos correctamente con vallas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores apropiados en cantidad y tamaño en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conectores en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y encuentra los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo conoce el equipo y los procedimientos contemplados para ejecutar un permiso?	X		
El sitio de trabajo contiene material combustible, ¿se ha mojado la zona o cuenta con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha aislado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningún tipo de fuga o fisura?	X		
¿El soplete no presenta escape de gas?	X		
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el área de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad?	X		
¿El trabajador declara estar en óptimas condiciones de salud para realizar la actividad?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?	X		

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N.A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga. Protección facial. Protección visual, monja. Botas de seguridad. Guantes de tipo mosquetero y de reciclopreno ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura , con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N.A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médica ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELECTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura — SI: ☐ NO: X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados — SI: ☐ NO: X
3. Se requiere otros permisos adicionales para el trabajo? — SI: ☐ NO: X
   ¿Cuales? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?	SI ☐	NO ☐	X
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo?	SI ☐	NO ☐	X

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo a ejecutar. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Edgar Perez Sanchez	0908601813	Edgar P.
Cesar Augusto Fernandez S.	1.095414274	Cesar F.S.
Wilmar Arrieta Lora	1006011414	Wilmar Arrieta Lora

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que
- ☐ El trabajo ha sido terminado
- ☐ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- ☐ Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que
- ☐ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- ☐ Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- ☐ El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y CC. INSPECTOR SST

Javier Cantana

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

Código: FO-SG-22
Versión: 1
Fecha: Enero 01 de 2023
Página: 1 de 1

PERMISO TRABAJO DE ALTURAS

NIT: 901.643.466-3 INGENYO

PERMISO TRABAJO N°001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 17 | Julio | 2025 HORA: 7:30 AM LUGAR: Subestación de Policía San Miguel

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO; UNIDAD; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	ACTIVIDADES	EPS	ARL	PENSION	FIRMA DEL TRABALADOR
Edgar Perez Sandoval	Maestro	Resane-Pintura	Salud Mia	Sura	Porvenir	Edgar Perez

ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (METROS)	3.5 mts	DISTANCIA DE CAIDA TOTAL (METROS)	3.5 mt	LUGAR SITIO EXACTO	Cubierta Comando

TIPO DE TRABAJO:
Levantamiento de cubierta

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:
Retirar la teja y posteriormente resanar y Pintar fachada interior.

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Edgar Perez S.	91 046 015	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar	Edgar

OBSERVACIONES
La actividad se desarrolla con el ayudante

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	17	Julio	2025	HORA:	7:30AM	HASTA:	FECHA	24	Julio	2025	HORA:	5:00 PM

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (procedimiento)	PELIGRO (Fuente)	CONSECUENCIAS	"CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Protectivos y Reactivos)"	CARGO RESPONSABLE
ALISTAMIENTO DE EQUIPOS-HERRAMIENTAS-MATERIAS-PARA LA EJECUCION DE TODAS LAS ACTIVIDADES	PSICOSOCIALES	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAÍDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESIÓN, EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION	SST - TRABAJADOR -ENCARGADO DE AREA
	FISICOS		USO DE EPP	
	NATURALES		PLAN DE EMERGENCIA	
	BIOMECANICOS		AUTOCUIDADO	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD		ORDEN Y ASEO	
	ELETRICOS		PAUSAS ACTIVAS	
	BIOLOGICOS		BARRIDO VISUAL	
CIERRE DE LA ACTIVIDAD- ORDEN Y ASEO	PSICOSOCIALES	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAÍDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESIÓN, EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION	SST - TRABAJADOR -ENCARGADO DE AREA
	FISICOS		USO DE EPP	
	NATURALES		PLAN DE EMERGENCIA	
	BIOMECANICOS		AUTOCUIDADO	
	CONDICIONES DE SEGURIDAD		ORDEN Y ASEO	
	ELETRICOS		PAUSAS ACTIVAS	
	BIOLOGICOS		BARRIDO VISUAL	

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL , DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)

CASCO CON BARBUQUEJO	X	ESLINGA CON ABSORVEDOR DE IMPACTOS	X	KIT DE RESCATE			
GAFAS DE SEGURIDAD	X	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X	AUTORRETRACTIL			
GUANTES ANTIDESLIZANTES	X	MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO		SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN			
PROTECCION AUDITIVA	X	ANCLAJE PORTATIL (TIEE OF)		ANDAMIOS		X	
PROTECCIÓN RESPIRATORIA		LINEA DE VIDA PORTATIL	X	ESCALERA EXTENSIBLE			
BOTAS ANTIDESLIZANTES	X	PRETALES		ESCALERA TIJERA			
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO, SEGÚN APLIQUE)	X	DESCENDEDORES		OTRO(S):		X	

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
SE HA INSTALADO SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA QUE DELIMITE EL ÁREA DE TRABAJO (CINTA, CONOS, SEÑALES TUBULARES O POLISOMBRAS, DE TAL MANERA QUE SE PUEDA AISLAR O RESTRINGIR LA ZONA Y NO SE PERMITA EL PASO DE PERSONAS O VEHÍCULOS AJENOS A LA LABOR)	X			
EL TRABAJO EN ALTURAS MÍNIMO LO VAN A REALIZAR DOS TRABAJADORES O EJECUTORES	X			
LOS TRABAJADORES ESTAN APTOS PARA DESARROLLAR LA LABOR (ESTADO DE SALUD Y CON CONCEPTO MEDICO VIGENTE)	X			
LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES	X			
LOS TRABAJADORES REVISAN LOS ACCESOS AL ÁREA DE TRABAJO Y LOS REQUERIMIENTOS DE RESCATE EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA	X			
LOS TRABAJADORES REALIZAN EL PERMISO DE TRABAJO EN EL LUGAR A INTERVENIR	X			
LOS TRABAJADORES REALIZAN EL ANALISIS DE TRABAJO SEGURO Y LO SOCIALIZAN ANTES DE INICIAR LA LABOR	X			
SE TIENEN EN CUENTA MEDIDAS DE TRABAJO SEGURAS PARA ADELANTAR LABORES EN CERCANIAS A LINEAS Y/O EQUIPOS ELECTRICOS ENERGIZADOS	X			

FIRMA	FIRMA DEL ENCARGADO	RESIDENTE DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	RESIDENTE CONTRATISTA
			Javier Cantor			

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2024

CODIGO: IPCC-SST-001

FORMATO N°001

PROYECTO Subestación de Policía San Miguel — EQUIPO PROT. CONTRA CAIDA

MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A

OPERARIO Edgar Perez S. — SEMANA DEL 20-07-2025 AL 27-07-2025

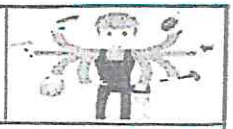
ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ARNES	SERIE O CÓDIGO N/A														
	MARCA N/A														
	* Estado de las correas (rupturas en las fibras)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del anillo de gancho trasero (deformaciones)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de las hebillas de las correas (deformaciones, rajaduras, corrosión)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de las costuras (desgaste, puntadas rotas, abrasión)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESLINGAS	SERIE O CÓDIGO N/A														
	MARCA N/A														
	* Estado de las correas (rupturas en las fibras)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	*Estado del absorbedor de impacto (estirado, cubierta rota)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los ganchos (deformidades, rupturas, fraccionamientos, puntas salidas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los seguros de los ganchos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de las costuras (desgaste, puntadas rotas, abrasión)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
LINEA DE VIDA	LV VERTICAL ___ LV HORIZONTAL X														
	SERIE (si aplica) ___														
	* Estado de la la línea de vida (Alambres sueltos, rotos)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los ganchos (deformidades, rupturas, fraccionamientos, puntas salidas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los seguros de los ganchos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE EQUIPO	Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Subestacion de Pulsos San Miguel — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: Vanar — MODELO: Vanor — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Edgar Perez Sandoval — SEMANA DEL: 28-07-2025 AL: 04-08-2025

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras y palancas	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de alinear	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR	Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	IR		IR		IR		IR		IR		IR		IR	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de policía San Miguel — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: Varios — MODELO: Varios — IDENTIFICACION: N/A.
OPERARIO: Wilmar Arroyo — SEMANA DEL: 20/07/2025 — AL: 27/07/2025

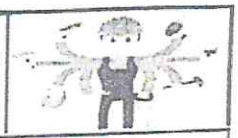
ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	X		X		X		X		X		X		X	
Barras y palancas	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	X		X		X		X		X		X		X	
	Filos de corte redondeados	X		X		X		X		X		X		X	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar	X		X		X		X		X		X		X	
	Visibilidad de la escala de medición	X		X		X		X		X		X		X	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	X		X		X		X		X		X		X	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves de alinear	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	X		X		X		X		X		X		X	
Porras	Mango	X		X		X		X		X		X		X	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	X		X		X		X		X		X		X	
Ratche	Mango y cuadrante	X		X		X		X		X		X		X	
Segueta	Marco, dientes de la hoja.	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMAS	TRABAJADOR	Wilmar		Wilmar		Wilmar		Wilmar		Wilmar		Wilmar		Wilmar	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de Riego San Miguel — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: Varias — MODELO: Varias — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Cesar Fernandez — SEMANA DEL: 12 07 2025 — AL: 19 07 2025

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC. B	MIERC. M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	X		X		X		X		X		X		X	
Barras y palancas	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	X		X		X		X		X		✓		X	
	Filos de corte redondeados	X		X		X		X		X		X		X	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar.	X		X		X		X		X		X		X	
	Visibilidad de la escala de medición	X		X		X		X		X		X		X	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	X		X		X		X		X		X		X	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves de alinear	Estado general	X		X		X		X		X		X		X	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		X		X		X		X		X		X	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	X		X		X		X		X		X		X	
Porras	Mango	X		X		X		X		X		X		X	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	X		X		X		X		X		X		X	
Ratche	Mango y cuadrante	X		X		X		X		X		X		X	
Segueta	Marco, dientes de la hoja.	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMAS	TRABAJADOR	Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F.	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J_R		J_R		J_R		J_R		J_R		J_R		J_R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA
8/07/2025	Desorden	Orden y Aseo	Cesar F	19/07/25

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2022
CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N° 08

PROYECTO Obstrucción de tubería San Miguel — EQUIPO TALADRO MANUAL
MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A
OPERARIO Cesar Fernandez — SEMANA DEL 19-07-2025 AL 04-08-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del Mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la llave del mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las quijadas	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del interruptor de acción de martillo	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del botón del seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la base de trabajo	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Cesar F		Cesar F		Cesar F.		Cesar F.		Cesar F.		Cesar F.		Cesar F	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2022
CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N° 05

PROYECTO Subestación de Policía San Miguel — EQUIPO TALADRO MANUAL
MARCA NA — MODELO NA — IDENTIFICACION NA
OPERARIO Edgar Perez S. — SEMANA DEL 20 07 25 — AL 27 07 2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del Mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las quijadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de acción de martillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del botón del seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J_R		J_R		J_R		J_R		J_R		J_R		J_R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA
24/07/25	Taladro extraviado	recuperación y almacenamiento	Edgar	25/07/25

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2022

CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N° 08

PROYECTO Subestacion de Policía San Miguel — EQUIPO TALADRO MANUAL

MARCA N/A — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A

OPERARIO Wilmar Arroyo — SEMANA DEL 14 07 25 — AL 19 07 2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del Mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la llave del mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las quijadas	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del interruptor de acción de martillo	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado del botón del seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la base de trabajo	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	WilmarA		WilmarA		WilmarA		WilmarA		WilmarA		WilmarA		WilmarA	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J R		J R		J R		J R		J R		J R		J R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INICIAL NYLI

INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL
Fecha Elaboración: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SSI-001

FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de Retiro San Miguel — EQUIPO: PULIDORA
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: William Arango — SEMANA DEL: 28-07-2025 AL: 04/08/2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y tuerca)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado de la fuerca de aseguramiento	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la guia y la guarda	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	WILMAR		WILMAR		WILMAR		WILMAR		WILMAR		WILMAR		WILMAR	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R		J.R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de policía San Miguel — EQUIPO: PULIDORA
MARCA: NA — MODELO: MM — IDENTIFICACION: NA
OPERARIO: Edgar Perez — SEMANA DEL: 16-07-2024 — AL: 22-07-2024

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar		Edgar	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	JMR		JMR		JMR		JMR		JMR		JMR		JMR	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001

FORMATO N°001

PROYECTO: Subestación de policía San Miguel — EQUIPO: PULIDORA
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACION: N/A
OPERARIO: Cesar Fernandez — SEMANA DEL: 2 07 2025 — AL: 14 07 2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	X		X		X		X		X		X		X	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la guía y la guarda	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Cesar F.		Cesar F.		Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F		Cesar F	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J R		J R		J R		J R		J R		J R		J R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: SST-FOR-43
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE FORMATO N°001	VERSIÓN: 1 FECHA: 22-01-2024

FECHA DE INICIO: DÍA 25 | MES 07 | AÑO 2025 — PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 01 | MES 08 | AÑO 2025

EMPRESA EJECUTORA:

ÁREA O LUGAR: Estación Policía Valdivia

ACTIVIDAD A REALIZAR: Soldar y Cortar estructura metálica y PVC, Poner malla

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 2

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Equipo de soldadura, Pulidora y Soplete

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos: SI [X] NO [ ]

Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para protegar y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?			X
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?			X
Si el [illegible] de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se [illegible] y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?			X
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El equipo de corte a sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿La manguera del Soplete se encuentra en buen estado sin ningun tipo de fuga o fisura?	X		
¿El soplete no presenta escape de gas?	X		
¿Se verifica que el cilindro que no tenga escape de gas?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural?	X		
¿Se verifica que se encuentre en el area de trabajo el extintor?	X		
¿El trabajador declara tener experiencia para realizar la actividad ?	X		
¿El trabajador declara estar en óptimas condiciones de salud para realizar la actividad ?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad, Guantes de tipo in- gamero, y de reconocimiento ?	X		
El trabajador cuenta con la careta para corte o soldadura con los filtros correspondientes?	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas?	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos ?	X		

Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO	N/A
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas?	X		
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador?	X		
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar ?	X		
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS			X

Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se [illegible] otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]
   ¿Cuáles? _____

Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

Firmas Emisión y Revalidaciones

COLABORADOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutar. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar

SUPERVISOR SST: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

NOMBRE	CEDULA	FIRMA DEL COLABORADOR
Ronald Villamar Ortega	1098609869	Ronald
Cristian Salda Gomez	1018461795	Cristian Salda

Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

COLABORADOR: Personalmente declaro que

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el area limpia y libre de desechos y materiales

FIRMA Y C.C. FIRMA DEL ENCARGADO

EMISOR: Personalmente he verificado que

- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

FIRMA Y C.C. INSPECTOR SST

Javier Cantona
1540650

NOTA: CUALQUIER TRABAJO QUE INVOLUCRE EL USO DE LLAMA ABIERTA O UNA FUENTE DE IGNICION O EQUIPO QUE PRODUCEN CHISPAS, O QUE PRODUCEN CALOR SON LLAMADOS TRABAJO EN CALIENTE, ESTOS TRABAJOS SIEMPRE HAN PRESENTADO UN ALTO RIESGO Y LOS PELIGROS ASOCIADOS EN SU EJECUCIÓN POR FALTA DE CONTROLES HAN TRAIDO COMO CONSECUENCIA INCIDENTES QUE HAN RESULTADO EN FATALIDADES.

PERMISO VALIDO DESDE	FECHA	4	JULIO	2025	HORA	7:00AM	HASTA	FECHA	21	07	2025	HORA	5.00 PM

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

SECUENCIA FUNDAMENTAL DE PASOS (procedimientos)	PELIGRO (Puesto)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Protectivos y Reactivos)*	CARGO RESPONSABLE
ALISTAMIENTO DE EQUIPOS-HERRAMIENTAS-MATERIALES PARA LA EJECUCION DE TODAS LAS ACTIVIDADES	PSICOSOCIALES FISICOS NATURALES BIOMECANICOS CONDICIONES DE SEGURIDAD ELECTRICOS BIOLOGICOS	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAÍDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESIÓN, EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION USO DE EPP PLAN DE EMERGENCIA AUTOCUIDADO ORDEN Y ASEO PAUSAS ACTIVAS BARRIDO VISUAL	SST TRABAJADOR ENCARGADO DE AREA
CIERRE DE LA ACTIVIDAD ORDEN Y ASEO	PSICOSOCIALES FISICOS NATURALES BIOMECANICOS CONDICIONES DE SEGURIDAD ELECTRICOS BIOLOGICOS	GOLPES, ATRAPAMIENTOS, AMPUTACIONES, CAÍDAS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES ALERGIAS, TOXICIDAD-LA TEMPERATURA ALTA SOBRE LA PIEL, AGOTAMIENTO POR CALOR-ESTRÉS, DEPRESIÓN, EFECTOS COGNOSCITIVOS, EFECTOS FISIOLÓGICOS, EFECTOS ORGANIZACIONALES, EFECTOS COGNOSCITIVA, DAÑOS A LA PROPIEDAD	CAPACITACION USO DE EPP PLAN DE EMERGENCIA AUTOCUIDADO ORDEN Y ASEO PAUSAS ACTIVAS BARRIDO VISUAL	SST TRABAJADOR ENCARGADO DE AREA

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL , DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)

CASCO CON BARBUQUEJO	X	ESLINGA CON ASORVEDOR DE IMPACTOS	X	KIT DE RESCATE			
GAFAS DE SEGURIDAD	X	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO		AUTORRETRACTIL			
GUANTES ANTIDESLIZANTES	X	MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO		SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN			
PROTECCION AUDITIVA	X	ANCLAJE PORTATIL (TIPO OP)		ANDAMIOS		X	
PROTECCIÓN RESPIRATORIA	X	LINEA DE VIDA PORTATIL	X	ESCALERA EXTENSIBLE			
BOTAS ANTIDESLIZANTES	X	POSTALES		ESCALERA TIJERA		X	
ARNES DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO SEGÚN APLIQUE)	X	DESCENDEDORES		OTRO(S)			

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)

	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
SE HA INSTALADO SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA QUE DIRIJA EL ÁREA DE TRABAJO EXISTA, CONOS, SEÑALES FLUORANTES O POLISOMBRAS, DE TAL MANERA QUE SE PUEDA AISLAR O RESTRINGIR LA ZONA Y NO SE PERMITA EL PASO DE PERSONAS O VEHICULOS AJENOS A LA LABOR)	X			
EL TRABAJO SE ESTUDIA MIENTRAS SE VAN A REALIZAR DOS TRABAJADORES O MAS	X			
LOS TRABAJADORES CUENTAN APTOS PARA DESARROLLAR LA LABOR (EXAMEN DE INGRESO Y CON CONCEPTO MEDICO VIGENTE)	X			
LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN LA LABOR SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES	X			
LOS TRABAJADORES REVISAN LOS ACCESOS AL AREA DE TRABAJO Y LOS REQUERIMIENTOS DE RESCATE EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA	X			
LOS TRABAJADORES CONOCEN EL PROCESO DE TRABAJO EN EL LUGAR A INTERVENIR	X			
LOS TRABAJADORES CONOCEN EL ANALISIS DE TRABAJO SEGURO Y LO DOCUMENTARON ANTES DE INICIAR LA LABOR	X			
SE REVISO EN CUANTO DISPONIBILIDAD DE TRABAJO REQUERIDAS PARA ALEJAMIENTO LABORES EN ESCALERAS O MANOS Y/O PUNTOS ELECTRICOS ENERGIZADOS	X			

FIRMA	FIRMA DEL ENCARGADO	RESIDENTE DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA OBRA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	SEGURIDAD INDUSTRIAL DEL CONTRATISTA	RESIDENTE CONTRATISTA
				Javier Cardona		

Powered by CamScanner

Código: FO-SG-22
Versión: 1
Fecha: Enero 02 de 2023
Página: 1 de 1

PERMISO TRABAJO DE ALTURAS

NIT: 901.443.466-3

INGENYO

PERMISO TRABAJO N°001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 14 | Julio | 2023 | HORA: 7:00Am | LUGAR: Comando de policía Valdivia

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO; UNIDAD; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	ACTIVIDADES	EPS	ARL	PENSION	FIRMA DEL TRABALADOR
Cristian Antonio Sotelo	Soldador	Soldar-Pintar	Compensar	Sura	Porvenir	Cristian

ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (METROS)	2.60 mt	DISTANCIA DE CAIDA TOTAL (METROS)	7 mt.	LUGAR SITIO EXACTO	Terraza Comando

TIPO DE TRABAJO:
Armar estructura

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:
Armar estructura metalica para instalacion de cubierta

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cristian A. Sotelo	1018461795	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian	Cristian

OBSERVACIONES:
La actividad se desarrolla en compañia de un ayudante.

Powered by CamScanner

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion. 2/01/2024
CODIGO IPHM SST 001



FORMATO N°001

PROYECTO: Policía Valdivia — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: N/A — MODELO: N/A — IDENTIFICACIÓN: N/A
OPERARIO: Ever Valdivia — SEMANA DEL: 26-07-25 — AL: 01-08-2025

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES B	LUNES M	MARTES B	MARTES M	MIERC B	MIERC M	JUEVES B	JUEVES M	VIERNES B	VIERNES M	SABADO B	SABADO M	DOMINGO B	DOMINGO M
Alicates	Asentamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Barras y palancas	Estado general	✓		✓				✓		✓		✓		✓	
Cinceles / Punzones	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta metrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o deformada	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de alinear	Estado general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR	Ever		Ever		Ever		Ever		Ever		Ever		Ever	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	IR		IR		IR		IR		IR		IR		IR	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Planta Valle — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: Varios — MODELO: Varios — IDENTIFICACION: Varios
OPERARIO: Ever Jose Salazar — SEMANA DEL: 19-07-25 — AL: 25-07-2025

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	X		X		X		X		X		X		X	
Barras y palancas	Estado general	✓		X		✓		✓		✓		X		✓	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	✓		X		✓		✓		✓		✓		✓	
	Filos de corte redondeados	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Visibilidad de la escala de medición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	✓		X		X		✓		X		✓		✓	
Llapas de alinear	Estado general	✓		X		✓		X		✓		✓		✓	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	✓		X		✓		X		✓		✓		✓	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado.	✓		✓		✓		✓		✓		X		✓	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Porras	Mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Ratche	Mango y cuadrante	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Segueta	Marco, dientes de la hoja.	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMAS	TRABAJADOR	Ever J		Ever J		Ever J		Ever J		Ever J		Ever J		Ever J	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)														

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 2/01/2024
CODIGO: IPHM-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO: Palacio Valdivia — EQUIPO: HERRAMIENTA MENOR
MARCA: Vanas — MODELO: Vanes — IDENTIFICACION: Vanes
OPERARIO: Ronald Villamizar — SEMANA DEL: 12-07-25 — AL: 18-07-25

ITEM	CONCEPTO ESPECIFICO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Alicates	Aislamiento mango, engrasamiento tornillo sujeción	/		/		/		/		/		/		/	
Barras y palancas	Estado general	/		/		/		/		/		/		/	
Cinceles / Punzone	Cabeza libre de rebabas, que no se encuentre achatada, cóncava o poco	/		/		/		/		/		/		/	
	Filos de corte redondeados	/		/		/		/		/		/		/	
Cinta métrica	Estado del dispositivo de enrollar / desenrollar.	/		/		/		/		/		/		/	
	Visibilidad de la escala de medición	/		/		/		/		/		/		/	
Destornilladores	Mango que no esté deteriorado, astillado o roto	/		/		/		/		/		/		/	
	Punta que no sea roma, rota o malformada	/		/		/		/		/		/		/	
apas de alinear	Estado general	/		/		/		/		/		/		/	
Hombresolo	Estado de la mordaza y seguro del mango	/		/		/		/		/		/		/	
Limas	Estado de superficie estriada y del mango	/		/		/		/		/		/		/	
Llaves de tubo	Estado de las mordazas dentadas y/o movilidad del tornillo sinfín estriado	/		/		/		/		/		/		/	
Llaves fijas y mixtas	Estado del cuadrante boca o estrella	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado del mango	/		/		/		/		/		/		/	
Llaves Expansivas	Estado de las mordazas dentadas y movilidad del tornillo sinfín estriado.	/		/		/		/		/		/		/	
Martillos	Mango, superficie de contacto libre de rebabas	/		/		/		/		/		/		/	
Porras	Mango	/		/		/		/		/		/		/	
Prensas	Estado general, mordaza y tornillo	/		/		/		/		/		/		/	
Ratche	Mango y cuadrante	/		/		/		/		/		/		/	
Segueta	Marco, dientes de la hoja.	/		/		/		/		/		/		/	
FIRMAS	TRABAJADOR	Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	I R		I R		I R		I R		I R		I R		I R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2022
CODIGO: IPTM-SST-001



FORMATO N° 08

PROYECTO Comando de Policía Valledupar — EQUIPO TALADRO MANUAL
MARCA NA — MODELO NA — IDENTIFICACION NA
OPERARIO Oswaldo Ortiz — SEMANA DEL 27-07-2025 AL 01-08-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del Mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la llave del mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de las quijadas	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado del interruptor de acción de martillo	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado del botón del seguro	/		/		/		/		/		/		/	
	* Estado del mango	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la plaqueta de identificación	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de la base de trabajo	/		/		/		/		/		/		/	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	/		/		/		/		/		/		/	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR														
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL

Fecha Elaboracion: 21/01/2022

CODIGO: IPTM-SST-001

FORMATO N° 08



PROYECTO Comando de Policía Valledupar — EQUIPO TALADRO MANUAL

MARCA M/A — MODELO M/A — IDENTIFICACION M/A

OPERARIO Ronald Villamizar — SEMANA DEL 17-07-25 AL 24-07-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido (Gatillo)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del Mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de los agujeros para la llave del mandril	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las quijadas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del interruptor de acción de martillo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado del botón del seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la base de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de las piezas de agarre de trabajo en la base	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R		J-R	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO Ampliación de Refinería Cartagena — EQUIPO PULIDORA
MARCA NA — MODELO NA — IDENTIFICACION NA
OPERARIO Cristian Sotelo — SEMANA DEL 25-07-2024 AL 01-08-2024

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	• Estado del cable y las conexiones eléctricas	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado del interruptor de encendido y su seguro	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado de la tuerca de aseguramiento	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado del mango	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado del cuerpo (Carcaza)	X		X		X		X		X		X		X	
	• Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	X		X		X		X		X		X		X	
	• Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado general de la guia y la guarda	X		X		X		X		X		X		X	
	Estado de la plaqueta de identificación	X		X		X		X		X		X		X	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Cristian		Cristian		Cristian		Cristian		Cristian		Cristian		Cristian	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO Estación de Policía Valledupar — EQUIPO PULIDORA
MARCA VIA — MODELO VI7 — IDENTIFICACION VI7
OPERARIO Ever J. Salcedo — SEMANA DEL 8-07-2023 — AL 14-07-2023

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Ever S		Ever S		Ever S		Ever S		Ever S		Ever S		Ever S	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R	J	R

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

INGENYO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL
Fecha Elaboracion: 21/01/2024
CODIGO: IPP-SST-001



FORMATO N°001

PROYECTO Estación de Policía Valdivia — EQUIPO PULIDORA
MARCA YA — MODELO N/A — IDENTIFICACION N/A
OPERARIO Ronald Villamizar — SEMANA DEL 10-07-2025 — AL 17-07-2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL	* Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del accesorio portadiscos (eje y rosca)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de la tuerca de aseguramiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del cuerpo (Carcaza)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado del disco (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Verificar RPM del disco con respecto a las RPM de la pulidora	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA TRABAJADOR	Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald		Ronald	
	VERIFICACIÓN HSE (de acuerdo a programación)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA