

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1983**

SIACHOQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ENE-2002 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0700100-01292771-M-0007184575-20220428 **0078**937968A 1 8504453017

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 7.184.575

GONZALEZ VEGA

APELLIDOS

MAURICIO

NOMBRES

FIRMA



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ
MÉDICO OCUPACIONAL R.M 79.762.200
LICENCIA SALUD OCUPCIONAL 2604/01/2019



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

RESOLUCIONES 4272 de 2021 y 3673 de 2008 MPS

Registro 35 /000030025459140226 **Fecha**: 04/02/2026 **ARL:** SURA
Paciente: MAURICIO GONZALEZ VEGA **Identificación:** 7.184.575 **Edad:** 43 años
Empresa: CONSTRUCCIONES RDL SAS **Cargo:** AYUDANTE DE OBRA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados*
FINALIDAD DEL EXAMEN: *Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñado.*

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3.	VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5.	GLICEMIA	NORMAL
6.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8.	PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9.	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10.	VARIABLES FISICAS	**PESO:** 65 KG **ESTATURA:** 1.63 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	○
2. Traslado de cargo:	○	○
3. Restringido:	○	○
4. Aplazado:	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ○ AUDITIVO: ○ RESPIRATORIO: ○ CARDIOVASCULAR: ○ PSICOSOCIAL: ○ MUSC/ESQUELETICO ○ NINGUNO: ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021:

SI: ✓ **NO:** ○

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL-
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

*Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.*

Jim Roger Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M 79.762.200 S.S.B
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C: MAURICIO GONZALEZ VEGA
7184575

HUELLA INDICE DERECHO

recíclame cumpleTUpapel

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
D D M M A A A A
02022025

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 [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] } B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [X]

5. Tipo de cotizante [X] A. Dependiente 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: GONZALEZ	Segundo apellido: VEGA	Primer nombre: MAURICIO	Segundo nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA	7184575	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 26031983

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ][ ]	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	PORVENIR	$ 1.750.905

18. Residencia – Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 1 # 14 - 77			

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	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			
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 [ ]	D D M M A A A A

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	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B2	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B3	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B4	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A
B5	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				D D M M A A A A

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(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.)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	[ ][ ] NIT [ ][ ][ ]	901095872	

39. Ubicación – Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 116 77 A 81 IN 2 AP 201	31233926		BOGOTA	CUNDINAMARCA

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
- [X] 13. Movilidad — [X] 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de Radicación	42. Fecha
		Femenino	Masculino		D D M M A A A A

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 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
		D D M M A A A A	D D M M A A A A

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.

Medellín, 31 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de LEON CANTOR RUBEN DARIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOGOTA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C7184575	GONZALEZ VEGA MAURICIO	02/02/2026		19935151	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2026 10:44:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.215.135, 192.230.104.1, 172.16.42.57

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:

MAURICIO GONZALEZ VEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.184.575**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 6 de Febrero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 6/2/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 7184575
Nombres y Apellidos	MAURICIO GONZALEZ VEGA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901095872
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES RDL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	2/2/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	6/2/2026
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	176
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

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

LnlXMwcWS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290752640

PIB
08:50:39

Bogotá DC, 05 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MAURICIO GONZALEZ VEGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7184575:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 05 de febrero de 2026, a las 08:50:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	7184575
Código de Verificación	7184575260205085001

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:49:08 AM horas del 05/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **7184575**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ VEGA MAURICIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

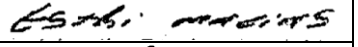
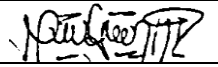
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONSTRUCCIONES RDL S.A.S. NIT 800.299.978.8 construccioncsrdisas@gmaii.com 3142942171 - 3449471738	**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** ENTREGA Y REPOSICION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL						F2.PG2.GTH	22/12/2025
							Versión 1	Pagina 1 de 1
							Clasificación de la Información:	
NOMBRE DEL COLABORADOR	**FECHA DE ENTREGA**	**TAPABOCAS DESECHABLE**	**MONOGAFAS DE SEGURIDAD**	**GUANTES DE NYLON RECUBIERTOS EN NITRILO**	**GUANTES DE VAQUETA**	**GUANTES DE NITRILO**	**NOMBRE DE QUIEN ENTREGA**	**FIRMA DEL COLABORADOR**
JHOAN ESTHI DAJOME MACIAS	15-dic-25	X	X	X	X	X	RUBEN LEON	
MAURICIO GONZALEZ VEGA	15-dic-25	X	X	X	X	X	RUBEN LEON	

Evaluación de Conocimiento en Normativas de Seguridad y Salud en el Trabajo

Por favor, seleccione la respuesta correcta para cada tema relacionado con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE

MAURICIO VEGA

CEDULA

7184575

1. Reglamento Interno de Trabajo (RIT): ¿Cuál es el propósito principal del Reglamento Interno de Trabajo? * 1 punto

- ○ Establecer las políticas de ventas de la empresa.
- ○ Administrar el presupuesto de la compañía.
- ◉ Regular las obligaciones y prohibiciones entre el empleador y los trabajadores.
- ○ Definir los procedimientos de producción y calidad.

2. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial: ¿Qué aspecto fundamental aborda el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial? 1 punto

- ○ Las directrices para la contratación de personal.
- ○ Los horarios de alimentación y descanso del personal.
- ◉ Las medidas para prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- ○ La estructura organizacional de la empresa.

3. Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST): ¿Cuál es uno de los compromisos esenciales que debe reflejar la Política del SG-SST? * 1 punto

- ○ Asegurar la rentabilidad anual de la empresa.
- ◉ Garantizar la consulta y participación de los trabajadores en el SG-SST.
- ○ Gestionar únicamente los temas de capacitación comercial.
- ○ Establecer las tarifas de los servicios ofrecidos.

4. Política de Acoso Laboral: Si un trabajador considera ser víctima de acoso laboral, ¿cuál es el mecanismo formal para presentar su queja? * 0 puntos

- ○ Publicar la situación en redes sociales.
- ○ Acudir directamente a la gerencia sin previo aviso.
- ◉ Presentar la queja ante el Comité de Convivencia Laboral (COCOLA).
- ○ Renunciar inmediatamente a su puesto de trabajo.

5. Política de Sustancias Psicoactivas: ¿Qué prohíbe explícitamente esta política en el lugar de trabajo? * 1 punto

- ○ El consumo de bebidas energizantes.
- ○ La escucha de música a volumen alto.
- ◉ El consumo o porte de sustancias psicoactivas y el presentarse bajo sus efectos.
- ○ El uso de dispositivos móviles personales.

6. COPASST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo): ¿Cuál es la principal función del COPASST? * 1 punto

- ○ Organizar las fiestas de fin de año.
- ○ Realizar el pago de la nómina.
- ◉ Promover y vigilar el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo.
- ○ Negociar los salarios de los empleados.

7. COCOLA (Comité de Convivencia Laboral): ¿Cuál es el rol principal del COCOLA? * 1 punto

- ◉ Intervenir como mediador en casos de presunto acoso laboral.
- ○ Administrar los recursos financieros de la empresa.
- ○ Definir las estrategias de marketing.
- ○ Controlar el acceso a las instalaciones de la empresa.

8. Plan de Emergencia: ¿Qué se establece en un Plan de Emergencia? * 1 punto

- ○ La lista de proveedores y clientes de la empresa.
- ○ Los objetivos de producción del mes.
- ○ Las estrategias para la retención de talento humano.
- ◉ Los procedimientos y la asignación de roles para afrontar desastres o emergencias.

9. Comité de Seguridad Vial: ¿Cuál es la responsabilidad clave de este comité en las empresas con vehículos a su cargo? * 1 punto

- ○ Diseñar los logotipos de los vehículos.
- ◉ Garantizar que se promuevan prácticas seguras en el tránsito y se cumplan las normas viales.
- ○ Decidir el color de la pintura de los carros.
- ○ Realizar el mantenimiento estético de los vehículos.

10. Obligaciones del Trabajador y Empleador: ¿Cuál es una obligación fundamental del trabajador en materia de SG-SST? * 1 punto

- ○ Pagar los impuestos de la empresa.
- ◉ Procurar el cuidado integral de su salud y reportar las condiciones inseguras.
- ○ Determinar los precios de los productos.
- ○ Crear las políticas internas sin consultar al empleador.

11. Punto de Acopio y Código de Colores de Residuos: Según el código de colores en Colombia, ¿qué color se utiliza para depositar residuos no aprovechables? * 1 punto

- ○ Azul.
- ○ Verde.
- ○ Blanco.
- ◉ Negro.

12. Exámenes Médicos Ocupacionales: ¿Cuándo debe realizarse el Examen Médico Ocupacional ? * 1 punto

- ○ Al cumplir un año de servicio.
- ○ Después de cada periodo de vacaciones.
- ◉ antes de iniciar el contrato laboral.
- ○ Cuando el trabajador solicita un ascenso.

13. Elementos de Protección Personal (EPP): ¿Cuál es la responsabilidad del trabajador respecto a los EPP que le son suministrados? * 1 punto

- ○ Venderlos para obtener un ingreso extra.
- ◉ Usarlos correctamente, cuidarlos y solicitar su reposición cuando sea necesario.
- ○ Guardarlos como decoración en su puesto de trabajo.
- ○ Prestar el EPP a compañeros de otras áreas.

14. COVID-19: ¿Cuál fue una de las medidas de bioseguridad más importantes para la prevención del contagio de COVID-19 en el entorno laboral? * 1 punto

- ○ La prohibición de hablar en el trabajo.
- ◉ El uso obligatorio de tapabocas y el distanciamiento físico.
- ○ El cambio diario de la decoración de la oficina.
- ○ La reorganización de los archivos físicos por color.

El formulario se creó en rjsuperior.com.

Google Formularios



Cruz Roja Colombiana
Seccional Boyacá
Nit. 891.801.940-9

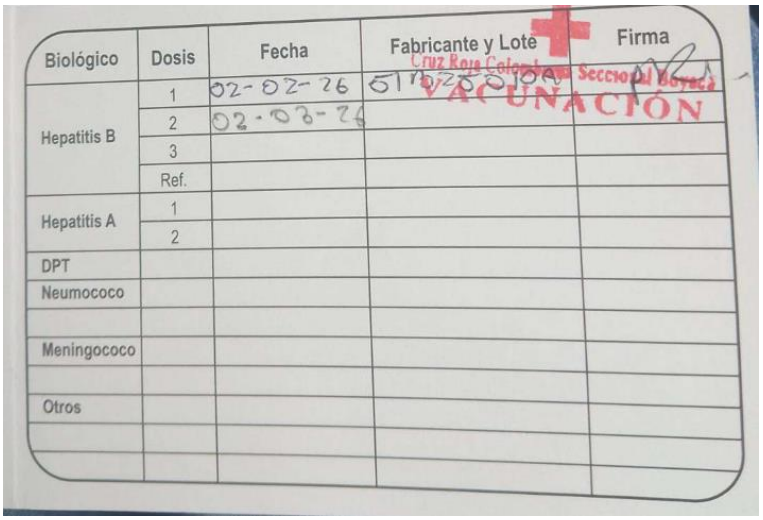
Certificado de Vacunación

Nombres: Mauricio

Apellidos: González Vega.

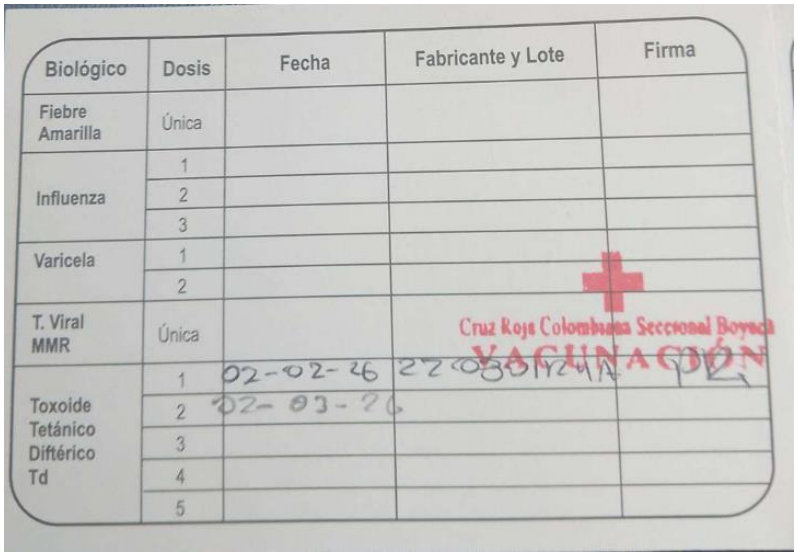
Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 7184575

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 03 Año 1983



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B	1	02-02-26	5175202104	
	2	02-03-26		
	3			
	Ref.			
Hepatitis A	1			
	2			
DPT				
Neumococo				
Meningococo				
Otros				

Cruz Roja Colombiana Seccional Boyacá
VACUNACIÓN



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla	Única			
Influenza	1			
	2			
	3			
Varicela	1			
	2			
T. Viral MMR	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02-02-26	22-0301124A	
	2	02-03-26		
	3			
	4			
	5			

Cruz Roja Colombiana Seccional Boyacá
VACUNACIÓN