



**IDRD**



# OBLIGACIÓN 10

## EVIDENCIA 1



JORNADA  
ESCOLAR  
COMPLEMENTARIA  
**IDRD**

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FABIO HUMBERTO GOMEZ ALARCON identificado con CC. 80416965 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |  |
|-----------------------------|--|
| Nombres y/o Razón           | INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE |
| Tipo y Numero de Documento  | NI - 860061099                                   |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                            |   |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/02/27                 | Fecha inicio contrato      | 2026/02/26  |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/08/19  |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica | 3931902 - OTRAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS, LAS ACTIVIDADES POR CUENTA PROPIA DE DEPORTISTAS Y ATLETAS, |
| Estado afiliación            | Activo                     |                            |   |
| Fecha retiro                 |                            | Estado del contrato        | Activo  |

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC15042026F80416965G17079230**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





**IDRD**



# OBLIGACIÓN 10

## EVIDENCIA 2



JORNADA  
ESCOLAR  
COMPLEMENTARIA  
**IDRD**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

**TARJETA DE ENTRENADOR DEPORTIVO**



**TE 17100**

**Fabio Humberto  
Gomez Alarcon**

**CC 80416965**

**Título**

**Licenciado en Educación Física**

**Institución de Educación Superior**

**Universidad Pedagógica Nacional - UPN - Bogotá**

**Año de Graduación**

**2003**



  
Néstor Ordóñez Saavedra  
Presidente COCED

[www.coced.co](http://www.coced.co)

Fecha de Expedición  
**26-07-2024**



**IDRD**



# OBLIGACIÓN 10

## EVIDENCIA 3



JORNADA  
ESCOLAR  
COMPLEMENTARIA  
**IDRD**

# Evaluación de la Inducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo 2025

Total points 60/100 ?

De conformidad con el artículo 2.2.4.6.11 del Decreto Único del Sector Trabajo 1072 del 2015, expedido por el Ministerio del Trabajo, establece que "El empleador debe proporcionar a todo trabajador que ingrese, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales".

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (ley de protección de datos personales), la información recolectada en el presente formulario tiene carácter privado y serán tratados de manera reservada, confidencial y restringida.

Email \*

GOMEZALARCONFABIOHUMBERTO@GMAIL.COM

1. Fecha en la que realizó la inducción y/o reinducción del SG - SST \*

MM DD YYYY

05 / 25 / 2025



2. Nombre y Apellido \*

FABIO GOMEZ

3. Número de identificación \*

80416965

4. Tipo de Vinculación \*



Planta



Contratista

5. Área a la que pertenece \*



Dropdown

Subdirección Técnica de Recreación y Deporte ▼

Programa al que pertenece \*

JORNADA COMPLEMENTARIA

6. Cargo \*



Dropdown

Contratista ▼



✓ 7. ¿Cuáles considera que son los principales factores de riesgo en el IDRD? \*10/10

- ☐ a. Biomecánicos, físicos y psicosociales
- ☐ b. Químicos , biológicos y de seguridad
- ☐ c. Públicos, transito, de seguridad, biomecánicos y psicosociales
- ☒ a y b
- ☐ Ninguno de los anteriores



✓ 8. Cualquier persona puede reportar una condición o acto inseguro \* 10/10

- ☒ Verdadero
- ☐ Falso



✓ 9. ¿Como se llama el programa para reportar actos y condiciones inseguras en el IDRD? \*10/10

- ☐ PARE
- ☐ RACI
- ☒ REPORT
- ☐ No existe ningún programa





✗ 10. Se puede considerar como accidente de trabajo, el ocurrido cuando nos desplazamos de nuestra casa al trabajo, independiente del medio de transporte que usemos: \*0/10

☒ Verdadero

✗

☐ Falso

Correct answer

☒ Falso

#### Feedback

*Se considera accidente de trabajo el desplazamiento de la casa al trabajo cuando el transporte es suministrado por el empleador o contratante y/o en los casos que el desplazamiento está sujeto a una programación derivada de ordenes del empleador o contratante (No in itinere)*

✗ 11. El tiempo para reportar un accidente de trabajo ante la ARL es de 24 horas \*0/10

☒ Verdadero

✗

☐ Falso

Correct answer

☒ Falso

#### Feedback

*Según la normatividad vigente se cuenta con dos días hábiles para reportar un accidente de trabajo ante la ARL*



✗ 12. La primera instancia para calificar el origen de una enfermedad laboral es la Entidad Promotora de Salud - EPS \*0/10

☐ Verdadero

☒ Falso



Correct answer

☒ Verdadero

✓ 13. Es responsabilidad de los trabajadores frente al SG-SST, procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud, entre otras: \*10/10

☒ Verdadero



☐ Falso



✗ 14. Son valores que deben caracterizar a los servidores públicos, trabajadores oficiales y contratistas: (Marque las opciones que considere necesarias) \*0/10

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad      | ✓ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transparencia   | ✗ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Respeto         | ✓ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Responsabilidad | ✗ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Compromiso      | ✓ |
| <input type="checkbox"/> Diligencia                 |   |
| <input type="checkbox"/> Equidad                    |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Justicia        | ✓ |

Correct answer

- ☒ Honestidad
- ☒ Respeto
- ☒ Compromiso
- ☒ Diligencia
- ☒ Justicia

✓ ¿El IDRD cuenta con con Sala Amiga de la familia lactante? \* 10/10

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="radio"/> Si | ✓ |
| <input type="radio"/> No            |   |



✓ El COPASST, se encarga de \*

10/10

- ☐ Promoción y vigilancia de las normas del SG-SST del IDRD
- ☐ Vigilar los reglamentos del SG-SST del IDRD
- ☐ Gestionar actividades de promoción, información y divulgación del SG-SST del IDRD
- ☒ Todas las anteriores
- ☐ Ninguna de las anteriores



15. Por favor califique si la información recibida fue clara, importante y necesaria \* para el desarrollo de sus labores, en una escala de 1 a 5, en donde 1 en desacuerdo y 5 completamente de acuerdo

|                       |                       |                       |                       |                                  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

Observaciones y sugerencias

LOS VIDEOS CON ANIMACIONES SON BASTANTE ACLARATORIOS E ILUSTRATIVOS

# iGracias!

This form was created inside of IDRD.  
Does this form look suspicious? [Report](#)



# Google Forms







**IDRD**



# OBLIGACIÓN 10

## EVIDENCIA 4



JORNADA  
ESCOLAR  
COMPLEMENTARIA  
**IDRD**



Libertad y orden  
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015  
otorga*

*Certificado de Competencia Laboral a*

**FABIO HUMBERTO GOMEZ ALARCON**

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80416965

Quien demostró su Competencia Laboral en la  
*Norma*

**Salvar personas según normas de seguridad en piscinas y estructuras similares - NIVEL  
AVANZADO**

*Código: 230101302 - Versión: 1*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los veintinueve (29) días del mes de Abril de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

1272422 - 29/04/2022  
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS  
Subdirector CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:  
hasta el 29 de Abril de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300230101302CC80416965C.