CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:58:17 horas del 13/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **4264940,** Apellidos y Nombres **ROBLES TORRES LUIS EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **TRED INEGNIERIA**, con NIT **901734321-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:00:34 AM horas del 13/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **4264940**
Apellidos y Nombres: **ROBLES TORRES LUIS EDUARDO**

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.135.067**
CHARRY SAENZ

APELLIDOS
JOSE SIMEON

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1970**

PULI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

31-AGO-1988 PULI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 1500150-00350531-M-0003135067-20111214 **0028**704017A 1 37300745

Powered by CamScanner

Medellín, 16 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 PODA Y TALA DEL NORTE SAS.

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 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C3135067	CHARRY SAENZ JOSE SIMEON	17/01/2026		15217714	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 16/01/2026 10:51:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.147.44, 198.143.41.29, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012324617	1|6|0|1|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afi acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CHARRY Primer apellido	SAENZ Segundo apellido	JOSE Primer nombre	SIMEON Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	3135067	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|3|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 5 G 48 M 24 SUR		3002951417	JOSE12@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PODA Y TALA DEL NORTE SAS	NIT	901509913	01

39.Ubicación				
CR 150 B 135 A 17 Dirección	2333323 Teleéfono	POSA@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4012324617

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos basicos de la identificacion

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|6|0|1|2|0|2|6

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 SISBEN Número 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

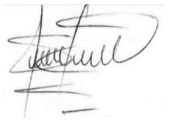
Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE SIMEON CHARRY SAENZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **3135067,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2017** 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 16 de enero de 2026.



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

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171617-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.888

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	GRUPO ECOSOLUCIONES AMBIENTALES E INGENIERIA S.A.S

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CHARRY SAENZ JOSE SIMEON	MASCULINO	55 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	3135067 (Número)

Cargo: **OPERARIO FORESTAL**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	COLESTEROL TOTAL
AUDIOMETRÍA	GLICEMIA-GLUCOSA EN SANGRE
VISIOMETRÍA	TRIGLICÉRIDOS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : ÉNFASIS EN ALTURAS	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUDIOMETRIA; OD: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA UNILATERAL EN PARAMETROS DE NORMALIDAD. OI: DESCENSO AUDITIVO DE GRADO LEVE PARA FRECUENCIAS DE 6 Y 8 HZ. CONTROL ANUAL. PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO. EVITAR USO DE REPRODUCTORES MUSICALES. USO DE PROTECCION AUDITIVA DE INSERCION Y COPA.
COLESTEROL TOTAL190.1MG/DL,GLICEMIA PRE PRANDIAL97.2MG/DL,TRIGLICÉRIDOS151.4MG/DL
OPTOMETRIA: REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA.

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.

Licencia Ocupacional No. 6011

Powered by CamScanner

SAC EMPRESARIAL S.A.S

Servicio Asesoría y Capacitación Empresarial S.A.S.

AUTORIZADA MEDIANTE

Ministerio de Trabajo Nº COR08SE2018220000000032544 septiembre de 2018 Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO21.01641
Acreditación ONAC 09-CPR-008 Licencia para prestación de servicio SST, Res. No.8091 de 16/08/2022 secretaría de salud Villavicencio Meta

Resolución 4272 de 2021

JOSE SIMEON CHARRY SAENZ

CC: 3.135.067

Curso y Aprobó la Capacitación y Entrenamiento en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS ACTUALIZACION DE COORDINADOR

Con una duración de 16 horas

Certificación N° RSAC121817

Capacitación y entrenamiento realizado en la ciudad de Villavicencio Meta, dirección Calle 15 # 01-57 Sector Terminal, los días (13) al (14) de marzo de 2023
En mención de lo anterior, la presente constancia se expide en la ciudad de Villavicencio, a los (15) días del mes de marzo de 2023

JEINY VERGARA LONDOÑO
Representante Legal S.
SAC Empresarial SAS

FABIAN ISAAC DUEÑAS BAEZ
Entrenador UNIES Nº SGC2019ETA001210
Lic. SST 3461 de 2016

Empresa: PODA Y TALA DEL NORTE SAS .
NIT: 901509913
R. Legal: MONTERO GUTIERREZ HIDALGO.
ARL: SURA

Verifique su certificado con número de certificación o cédula, en nuestra página Web www.sacempresarial.com En constancia de su autenticidad Registrado ante MINTRABAJO.

2023-03-14-3135067-RSAC121817-96

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:08:13 horas del 07/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **3135067,**
Apellidos y Nombres **CHARRY SAENZ JOSE SIMEON**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **TRED INGENIERIA**, con NIT **901734321-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:09:49 AM horas del 07/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **3135067**
Apellidos y Nombres: **CHARRY SAENZ JOSE SIMEON**

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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290886089

PIB
08:10:48

Bogotá DC, 07 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) JOSE SIMEON CHARRY SAENZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3135067:

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 sábado 07 de febrero de 2026, a las 08:12:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	3135067
Código de Verificación	3135067260207081201

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.436.951**

RODRIGUEZ VILLAZON

APELLIDOS

JAIDER RAFAEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1982**

VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-OCT-2000 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1522900-00674300-M-0012436951-20150303 **00433**61283A 2 42746036

Powered by CamScanner

Medellín, 19 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 PODA Y TALA DEL NORTE SAS.

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 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C12436951	RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL	20/01/2026		1997V158	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 19/01/2026 11:08:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.147.161, 198.143.41.46, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014287856	1|9|0|1|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ (Primer apellido)	VILLAZON (Segundo apellido)	JAIDER (Primer nombre)	RAFAEL (Segundo nombre)

9. Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	12436951	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CESAR	Municipio: VALLEDUPAR		1|9|0|9|1|9|8|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1423500	

26.Residencia

CR 98 B 131 A 67 Dirección	Telefono fijo	3222825677 Telefono celular	JAIDER12@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	PUENTE ARANDA Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☒

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
PODA Y TALA DEL NORTE SAS	NIT	901509913	01

59.Ubicación

CR 150 B 135 A 17 Dirección	2345677 Teléfono fijo o celular	PODA12@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014287856

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida de las 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 DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|0|0|1|2|0|2|6	☐	

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **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 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	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.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **12.436.951** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2012 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 19 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

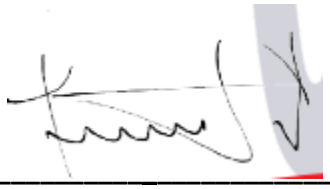
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 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/**

Bogotá D.C, 19 de enero de 2026

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTE

El abajo aquí firmante identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que autorizo de manera libre, expresa, inequívocamente, y de forma exclusiva para los fines señalados en los términos de la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Secretaría de Educación del Distrito con NIT. 899.999.061-9, a consultar los datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, manifiesto que la Entidad podrá cada cuatro (4) meses realizar la misma consulta, esto es a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

AUTORIZA,



JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON
CC. 12436951



TALA Y PODA
REPRESENTANTE LEGAL
CONTRATISTA

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 lunes 19 de enero de 2026, a las 13:39:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	12436951
Código de Verificación	12436951260119133909

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289131080

PIB
13:38:09

Bogotá DC, 19 de enero 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) JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12436951:

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

Carlos William Rodríguez Millán
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.

S1-4-8789

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

ACTIVIDADES LABORALES SEGURAS ALS *S.A.S.*

Nit:901.193.648-8

Aprobación Min Trabajo N°08SE2019220000000028672

Cer. Calidad/ Organismo Certificador CELAC S.A.S Código de acreditación 18-CPR-002

Licencia SST N°15026-30/11/2018

Dirección: Cra 71 B BIS N°3 A 45 Bogotá D.C, Cundinamarca

Certifica Que

JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON

Con Documento de Identidad No 12.436.951

Afiliado(a) a ARL SURA

De la empresa PODA Y TALA DEL NORTE SAS

Nit: 901.509.913-4/ Rep. Legal MONTERO GUTIERREZ HIDALGO DAVID

identificado(a) con documento de identidad 7.571.563

Cursó y aprobó la Capacitación y Entrenamiento para:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL

*Con una intensidad horaria de **8 Horas***

Realizado el 28 de febrero de 2025 en Bogotá

En testimonio de lo anterior, se expide en Bogotá D.C, el *28 de febrero de 2025* **dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 4272 de 2021.**

NIDIA YANIRA NIÑO DIAZ
Representante Legal
Actividades Laborales Seguras
ALS S.A.S

ENGY VALENTINA MATEUS SAAVEDRA
Entrenador TA
Licencia SST N.6315 de 14/10/2022

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:37:33 PM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **12436951**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL**

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.

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

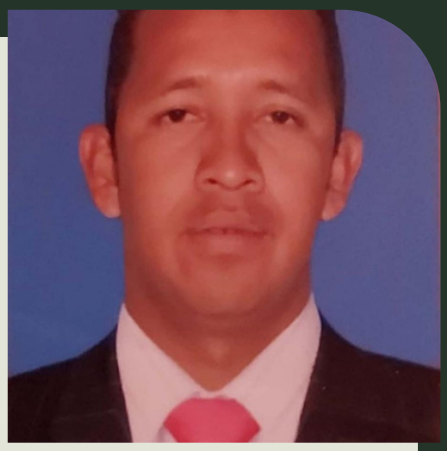
Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.



43 años

Nacionalidad Colombiana

19 de Septiembre de 1982

CONTACTO

316 396 3961

cuadrilleroforestal1982@gmail.com

EXPERIENCIA LABORAL

CORPORACIÓN MONTE & CIUDAD

Supervisor de Calidad- Tecnólogo Forestal- Instructor en Escuela de Formación para trabajo silvicultural y de alturas

Año 2016-2024

CENERCOL

Cuadrillero- Conductor

Año 2013-2015

GESAR

Cuadrillero- Conductor

Año 2013-2015

HABILIDADES

- Liderazgo
- Trabajo en equipo
- Resolución de problemas
- Capacidad de adaptación

JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ

ESPECIALISTA FORESTAL

PERFIL PROFESIONAL

Soy un profesional con más de 17 años de experiencia (desde 2007) en el sector silvicultural y de arboricultura, especializado en poda y tala de árboles en redes de baja y alta tensión. Me destaco por mi conocimiento técnico en trabajo seguro en alturas, mi liderazgo en la coordinación de cuadrillas de trabajo y mi capacidad para planificar y ejecutar proyectos forestales de forma eficiente y responsable. Mi trayectoria me ha permitido desarrollar habilidades para garantizar la correcta intervención del arbolado, respetando siempre las normativas ambientales y de seguridad, y aportando soluciones prácticas para la conservación y manejo sostenible de áreas verdes.

FORMACIÓN ACADÉMICA

CAPACITACIÓN SGSST

ARL Sura

Año 2024

CURSO AT/ MT/ BT

ENEL Codensa

Año 2024

REENTRENAMIENTO TRABAJO EN ALTURAS

PRL SAS

Año 2024

TRABAJO EN ALTURAS SEGÚN NORMA DE SST- NIVEL AVANZADO

SENA

Año 2024

PODAR ARBOLES SEGÚN CRITERIOS TÉCNICO Y NORMATIVOS- NIVEL AVANZADO

SENA

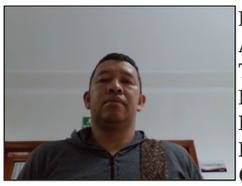
Año 2020

ACTUALIZACIÓN COORDINADORES DE ALTURAS RES 4272/ 21

Central Group

Año 2022

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
INGRESO
TRABAJO EN ALTURAS



Fecha: 07/Feb/2025, **Hora:** 07:00:20 a.m.
Apellido: RODRIGUEZ VILLAZON
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 12436951
Direccion: CRA 98B # 131 A - 67
Estado Civil: Union Libre **EPS:** SALUD TOTAL
Empresa: PODA Y TALA DEL NORTE SAS
Cargo: OPERARIO
IPS que Atendio: , **Ciudad de Atención:**

HC: # 76994 **Edad:** 42 años
Nombre: JAIDER RAFAEL
Sexo: Masculino ♂ **Rh:** O+
Nacim: 19/Sep/1982
ARL: POSITIVA **AFP:** PROTECCION

Ciudad: BOGOTA D.C. - SUBA

.

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA, enfasis alturas, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, optometría, Osteomuscular, Perfil lipídico.

Concepto

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

Recomendaciones

MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL
USO ADECUADO DE EPP
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
.
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL.
*MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA (COPAS Y/O INSERCION) .
* SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA/CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL./PACIENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD VISUAL, NO SE DETECTA NINGÚN TIPO DE ALTERACIÓN
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO..

Observaciones

*SE SOLICITA EXTRACCION DE CERUMEN BILATERAL POR LA EPS.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Dra. Margenis Yolanda Soraca G.
C.C. 57.394.315
Especialista SGSST
M.P. 5302-2023

MARGENIS SORACA GUERRERO
MEDICO ESPECIALISTA SGSST
Lic. de S.O #: 5302/2023
Registro #: 92975

JAIDER RAFAEL RODRIGUEZ VILLAZON
CC 12436951

Huella Digital

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.600.197

VELEZ TORRES

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1988

PAIME

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-ENE-2006 PACHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1519000-39146435-M-1073600197-20060328 0541906087A 02 206810450

Clinisur IPS 1 Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
٩٠٠١٤٨٢٦٤

NÚMERO
0000596579

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso	☒	Pos-ocupacional o egreso	☐	Periódico	☐
	Post incapacidad	☐	Retorno laboral	☐	Control	☐

DATOS DEL PACIENTE



Fecha**10/02/2026 07:49:56** Ciudad**BOGOTA** Departamento**DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad**CC 1073600197** Nombre**CARLOS ALBERTO VELEZ TORRES** Sexo**M** Edad**38 Años**

Teléfono**3133294996** Dirección**CRA 41 # 78-71.**

Cargo**AUXILIAR DE CONSTRUCCION**

Empresa**900174002 - WNM INGENIEROS SAS**

Actividad económica**SERVICIOS DE SEGUROS SOCIALES DE RIESGOS PROFESIONALES.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl**NO TIENE** Fondo de pensión**NO TIENE**

ÉNFASIS

Alturas	☑	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI	☑	NO	☐			
Visiometría	☑	Glic	☑	Col	☑	Trigli	☑	PL	☐	Otros	☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**							
Audiometría	☑								
Espirometría	☐								
Valortación psicologica	☐	Radiografías							
Coord. Motriz	☐								
Electrocardiograma	☐								
Rx	☐								
Psicosensométrico	☐								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS / MANTENER ALIMENTACIÓN

Medellín, 10 de February 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 WNM INGENIEROS SAS.

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 PRINCIPAL		Clase:5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1073600197	VELEZ TOREES CARLOS ALBERTO	11/02/2026		126b8136	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Estecertificado tienevalidezparaefectos de afiliacióndel 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 10/02/2026 16:45:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.206.191, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El (la) Señor(a) CARLOS ALBERTO VELEZ TORRES identificado (a) con CC No 1073600197, 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 10 de febrero del 2026.

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 contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489

9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9006552189
9006552189

19323201

Fecha de Radicación: 10 02 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VELEZ	TORRES	CARLOS	ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1073600197	Femenino [ ] Masculino [X]	09 01 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	Sistema General de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.750.905			

Código Municipio	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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 del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	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. Razón Social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
WNM INGENIEROS SAS	NT	900174002-6	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 95 71-75 TORRE 2 AP 2502	3112041456		BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

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. Reinscripción 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 adquisición 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 [ ] 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 nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	11 02 2026

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 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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. 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. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere 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. [ ]
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

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	PA	CE	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 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 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		Cambio Empleo

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

INTERNET

05/2016

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 martes 10 de febrero de 2026, a las 19:56:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073600197
Código de Verificación	1073600197260210195633

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 aq plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) CARLOS ALBERTO VELEZ TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1073600197.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, febrero 10, 2026 - Hora de consulta: 19:57:26

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:55:27 PM horas del 10/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073600197**
Apellidos y Nombres: **VELEZ TORRES CARLOS ALBERTO**

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.

Volver al Inicio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:14:47 horas del 13/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073600197,**
Apellidos y Nombres **VELEZ TORRES CARLOS ALBERTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **tred ingenieria**, con NIT **901734321-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.104.011.403
LAMBRAÑO PEREZ

APELLIDOS
JAUDYS MANUEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1989
SAN PEDRO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-FEB-2008 SAN PEDRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2824000-00097661-M-1104011403-20081015 0004456122A 1 26576570

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000585060

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA:WNM INGENIEROS SAS FECHA 12/12/2025 08:50:39

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO:JAUDYS MANUEL LAMBRAÑO PEREZ **C.C** 1104011403

EDAD36 Años **SEXO**M **CARGO A DESEMPEÑAR**AYUDANTE



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría Optometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Audiometría	☐	**¿Cuáles?**	
Espirometría	☑		
	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
VALORACION MEDICA DE RUTINA EPS/ EVITAR ACTIVIDADES ELECTRICAS/MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas E.
Pablo Enrique Salinas Enciso
Médico General
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 1073677274 RM 3023/2014
LIC. SO 3395- 22/07/2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Medellín, 12 de December de 2025

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 WNM INGENIEROS SAS.

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 PRINCIPAL		Clase:5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1104011403	LAMBRAÑO PEREZ JAUDYS MANUEL	13/12/2025		2VE71992	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Estecertificado tienevalidezparaefectos de afiliacióndel 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 12/12/2025 08:57:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.206.191, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

Fecha de Radicación
1|2|1|2|2|0|2|5

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

1. tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☒ B. Institucional ☒ B. De oficio ☐	A Contributivo ☒ B.Subsidiado ☒

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☒	(aregistrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabezadefamilia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: LAMBAÑO	Segundo apellido: PEREZ	Primer nombre: JAUDYS	Segundo nombre: MANUEL

7. Tipo documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1104011403	Femenino / Masculino	05/09/1989

III. DATOSCOMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES		$ 1.423.500

18. Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTAD.C	Urbana ☒ Rural ☒		BOGOTA D.C

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEOFAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
CB	1						
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					
	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion dela IPSPrimaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	-	-
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
WNM INGENIEROS SAS	NIT	900174002-6	

39.Ubicación

Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CALLE 95 71-75	3112041456	wnmingenieros@yahoo.com	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) JAUDYS MANUEL LAMBRAÑO PEREZ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía número 1104011403, se encuentra afiliado al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES y su estado es ACTIVO COTIZANTE.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de enero del 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano
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.

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 domingo 22 de febrero de 2026, a las 20:30:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1104011403
Código de Verificación	1104011403260222203031

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291767750

PIB
20:31:16

Bogotá DC, 22 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) JAUDYS MANUEL LAMBRAÑO PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1104011403:

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:32:09 PM horas del 22/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1104011403**
Apellidos y Nombres: **LAMBRAÑO PEREZ JAUDYS MANUEL**

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.

Volver al Inicio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:27:50 horas del 23/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1104011403,** Apellidos y Nombres **LAMBRAÑO PEREZ JAUDYS MANUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **TRED INGENIERIA**, con NIT **901734328-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

ANEXO 5

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS		Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	SED	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	10/02/2026	48348882	$5.280.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	498.700	0		0		0	5	1.600	0	500.300	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	77.400	0		0		0	5	300	0	77.700	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	104.000	0		0		0	5	400	0	104.400	1

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	402.200	0	0	0	0	5	1.300	0	403.500	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.368.200	0	0	0	0	5	4.400	0	1.372.600	4
231001	Colfondos	800227940-6	949.400	0	0	0	0	5	3.100	0	952.500	2

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	1.183.300				1.183.300	5	3.800	1.187.100			11.833	1.187.100	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	680.100	5	2.200	682.300	7

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	3	680.100	682.400
Pensión	3	2.719.800	2.728.600
Riesgos Laborales	1	1.183.300	1.187.100
CCF	1	680.100	682.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	5.263.300	5.280.400

PAGADA

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
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS		Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	SED	003	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	10/02/2026	48348882	$5.280.400	

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	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
1	CC	1013606215	VEGA OCAMPO ERIKA KATHERINE	1	0			S																	231001	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	5	278.400	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018475231	JARAMILLO FRANCO KAREN JULIETH	1	0			S																	230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	96.000	14-11	2.400.000	5	167.100	CCF24	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
3	CC	1019052718	LUENGAS AMAYA VIVIANA PATRICIA	1	0			S		X															231001	1.933.333	309.400	0	0	0	0	EPS008	1.933.333	77.400	14-11	1.933.333	5	134.600	CCF24	1.933.333	77.400	0	0	0	0	0
4	CC	1026296159	CANDELA SANTOS JUAN DIEGO	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
5	CC	1031177244	MORENO REYES BRAYAN LEONARDO	1	0			S		X															230201	2.513.333	402.200	0	0	0	0	EPS005	2.513.333	100.600	14-11	2.513.333	5	175.000	CCF24	2.513.333	100.600	0	0	0	0	0
6	CC	1049630740	LOPEZ PAEZ HUGO FERLEY	1	0			S		X															230301	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	104.000	14-11	2.600.000	5	181.000	CCF24	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0
7	CC	1072198453	TRIANA ALVAREZ EMELY FAYSULY	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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	901766945-0	ORNAMENTACION LYM SAS	Carrera 24 No 61 d 24	601560001	ornamentacionlyw@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		63593478	05/03/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$3,618,538	$1.121.200	

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	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1

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
230301	Porvenir	800224808-8	18.800	0	0	0	0	0	0		18.800	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2

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	252.000				252.000	0	0	252.000			2.520	252.000	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	145.000	0	0	145.000	4

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	4	145.000	145.000
Pensión	2	579.200	579.200
Riesgos Laborales	1	252.000	252.000
CCF	1	145.000	145.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	1.121.200	1.121.200

PAGADA

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	901766945-0	ORNAMENTACION LYM SAS	Carrera 24 No 61 d 24	601560001	ornamentacionlyw@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		63593478	05/03/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$3,618,538	$1.121.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1023887598	GOMEZ FLOREZ NOIBER JULIAN	1	0			S	X	X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS008	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
2	CC 1026605930	RIVERA DAVID WILMER JOSE	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	PT 5183103	MENDEZ MENDEZ JHOAN MANUEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	PT 5242195	PINEDA GONZALEZ MARIO LUIS	1	0			S	X	X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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	901509913-4	PODA Y TALA DEL NORTE SAS	CR 150 B 135 A 17	3165602138	COTIZACION@PODAYTALADELNORTE.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47776369	$2.276.100	

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	240.800	0		0		0	1	200	0	241.000	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	32.700	0		0		0	1	100	0	32.800	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	2.400	0		0		0	1	100	0	2.500	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	32.700	0		0		0	1	100	0	32.800	1

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	513.800	0	0	0	0	1	400	0	514.200	3
230301	Porvenir	800224808-8	299.000	0	0	0	0	1	200	0	299.200	3
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	1	200	0	280.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.200	0	0	0	0	1	100	0	140.300	2

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	423.800				423.800	1	300	424.100			4.238	424.100	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	308.600	1	200	308.800	9

PAGADA

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	901509913-4	PODA Y TALA DEL NORTE SAS		CR 150 B 135 A 17	3165602138	COTIZACION@PODAYTALADELNORTE.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47776369	$2.276.100	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	4	308.600	309.100
Pensión	4	1.233.200	1.234.100
Riesgos Laborales	1	423.800	424.100
CCF	1	308.600	308.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	2.274.200	2.276.100

PAGADA

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
NI	901509913-4	PODA Y TALA DEL NORTE SAS		CR 150 B 135 A 17	3165602138	COTIZACION@PODAYTALADELNORTE.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-01	E	05/02/2026	47776369	$2.276.100	

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	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
1	CC	1024538435	BELTRAN MELO DIEGO ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	1	9.200	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
2	CC	1065828798	MADERA CADENA OSNAIDER	1	0			S	X																230201	817.089	130.800	0	0	0	0	EPS037	817.089	32.700	14-11	817.089	5	56.900	CCF24	817.089	32.700	0	0	0	0	0
3	CC	1066190217	VEGA CARRASCAL RICARDO REY	1	0			S	X	X															230301	58.364	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	2.400	14-11	58.364	5	4.100	CCF24	58.364	2.400	0	0	0	0	0
4	CC	1069433467	MONTERO PEÑA JUAN ANTONIO	1	0			S	X	X															230301	58.364	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	2.400	14-11	58.364	5	4.100	CCF24	58.364	2.400	0	0	0	0	0
5	CC	11521937	CASTRO FERNANDEZ NESTOR MAURICIO	1	0			S	X	X															25-14	58.364	9.400	0	0	0	0	EPS010	58.364	2.400	14-11	58.364	5	4.100	CCF24	58.364	2.400	0	0	0	0	0
6	CC	12436951	RODRIGUEZ VILLAZON JAIDER RAFAEL	1	0			S	X																230201	641.999	102.800	0	0	0	0	EPS002	641.999	25.700	14-11	641.999	5	44.700	CCF24	641.999	25.700	0	0	0	0	0
7	CC	3135067	CHARRY SAENZ JOSE SIMEON	1	0			S	X																25-14	817.089	130.800	0	0	0	0	EPS005	817.089	32.700	14-11	817.089	5	56.900	CCF24	817.089	32.700	0	0	0	0	0
8	CC	5124771	ORTIZ LLERENA JOSE FRANCISCO	1	0			S																	231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0
9	CC	7571563	MONTERO GUTIERREZ HIDALGO DAVID	1	0			S																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	70.100	14-11	1.750.905	5	121.900	CCF24	1.750.905	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-11, 12:22:34 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1078449019

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 05/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WNM INGENIEROS SAS	**Nombre Sucursal**	EMPLEADOS	**Código Sucursal**	001
Documento	NI900174002	**Dirección**	CL 95 71 75 TR 2 AP 2502		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6504934		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	NINO MELO WILINTON	**Identificación**	CC 79904525		
Total Afiliados	13	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023893655	WILSON ALEXANDER MESA LADINO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1034661567	JUAN MANUEL GUTIERREZ MENDIETA	01	00														X			0	3	3	3	3	(25-14) COLPENSIONES	$ 175.091	$ 28.100	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 175.091	$ 7.100	0,000	$ 175.091	$ 0	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 175.091	$ 7.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.300
CC 1034661567	JUAN MANUEL GUTIERREZ MENDIETA	01	00		X															0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 58.364	$ 9.400	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1055226207	JUAN DAVID BOLIVAR PACHECO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1069129017	JONATAN MICHEL GOMEZ MIRANDA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1069177181	EDILBERTO PEREZ PACHECO	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1085045187	JORGE LUIS CUELLO TOBAR	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1104011403	JAUDYS MANUEL LAMBRAÑO PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 11306780	JOSE GERMAN ROMERO CAMACHO	01	05																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.100
CC 3121681	DIEGO ALEXANDER PACHON TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 74754796	JOSE TADEO SALAMANCA DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80014605	OSCAR JIMENEZ PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80469632	PEDRO PABLO GONZALEZ GUERRERO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 93123070	JOSE AGUSTIN SANCHEZ FUENTES	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 19.493.410	$ 21.244.315	$ 21.244.315	$ 21.244.315	$ 3.119.700	$ 850.700	$ 1.466.900	$ 850.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.288.000	$ 12.600	$ 6.300.600

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	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66026418	10/03/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$14,201,810	$4.411.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	568.200	0		0		0	5	1.900	0	570.100	4

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	1.712.000	0	0	0	0	5	5.600	0	1.717.600	2
230301	Porvenir	800224808-8	560.400	0	0	0	0	5	1.900	0	562.300	2

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	988.600				988.600	5	3.200	991.800			9.886	991.800	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	568.200	5	1.900	570.100	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	1	568.200	570.100
Pensión	2	2.272.400	2.279.900
Riesgos Laborales	1	988.600	991.800
CCF	1	568.200	570.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	4.397.400	4.411.900

PAGADA

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	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66026418	10/03/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$14,201,810	$4.411.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1018405240	BRITO SUAREZ JAVIER DAVID	1	0			S																	230201	5.350.000	30	856.000	0	0	0	0	EPS008	5.350.000	30	214.000	14-11	5.350.000	30	5	372.400	CCF24	5.350.000	30	214.000	0	0	0	0	0
2	CC 1032357215	REY OLARTE DIEGO ARMANDO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1121918202	BAQUERO AGUILAR DAYANNA ALEJANDRA	1	0			S																	230201	5.350.000	30	856.000	0	0	0	0	EPS008	5.350.000	30	214.000	14-11	5.350.000	30	5	372.400	CCF24	5.350.000	30	214.000	0	0	0	0	0
4	CC 41372611	PARRA MARIA ROSALBA	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	INDEPENDIENTES 006	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66077262	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	Y	$0	$122.300	

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					

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

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	121.900				121.900	4	400	122.300			1.219	122.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	121.900	122.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	121.900	122.300

PAGADA

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	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	INDEPENDIENTES	006	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66077262	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	Y	$0	$122.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070010996	GALINDO MOLANO DANIELA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0			0	0	0	14-11	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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 901129329	1	C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CLL 134 # 156A -16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9365876	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	49031790	9499427190	E	2026/02/09	2026/02/09	BANCOLOMBIA	0	$1,401,300

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: SEDE PRINCIPAL (5 Afiliados)																								$3,676,901	$588,500			$5,427,806	$217,400			$5,427,806	$217,400			$5,427,806		$378,000		$0	$0		$1,401,300
Centro de Trabajo: MANTENIMIENTOS SED 2026 (2 Afiliados)																								$175,091	$28,100			$175,091	$7,100			$175,091	$7,100			$175,091		$12,300		$0	$0		$54,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																								$175,091	$28,100			$175,091	$7,100			$175,091	$7,100			$175,091		$12,300		$0	$0		$54,600
1	PT	5895106	MARQUEZ PAREDES PEDRO LEONARDO	X																		230201	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF21	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	6.960%	$8,200	2	$0	$0	Si	$36,300
2	CC	80018512	TORRES RODRIGUEZ GIOVANI FRANCESCO	X	X																	25-14	1	$58,364	$9,400	EPS017	1	$58,364	$2,400	CCF21	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)																								$1,750,905	$280,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810		$243,800		$0	$0		$804,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																								$1,750,905	$280,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$140,200			$3,501,810		$243,800		$0	$0		$804,400
3	CC	79263057	CASTRO CARO CARLOS HUMBERTO							X													0	$0	$0	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$262,100
4	CC	1019042897	CASTRO SANCHEZ CRISTHIAN CAMILO							X												230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL BOGOTÁ (1 Afiliados)																								$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905		$121,900		$0	$0		$542,300
5	CC	1018478113	LOPEZ JURADO LENCY MARCELA							X												230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total			**Afiliados(5)**																					$3,676,901	$588,500			$5,427,806	$217,400			$5,427,806	$217,400			$5,427,806		$378,000		$0	$0		$1,401,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$588,500	$0	$0	$588,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$9,400	$0	$0	$9,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$560,400	$0	$0	$560,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$18,700	$0	$0	$18,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$378,000	$0	$0	$378,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$378,000	$0	$0	$378,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$217,400	$0	$0	$217,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$217,400	$0	$0	$217,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$217,400	$0	$0	$217,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$210,300	$0	$0	$210,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$2,400	$0	$0	$2,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$4,700	$0	$0	$4,700
TOTAL				**5**	**$1,401,300**	**$0**	**$0**	**$1,401,300**

ANEXO 6

CONSORCIO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 10/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Jesús Antonio garcía FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Auxiliar

- [X] Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [ ] Mécanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [ ] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
- [ ] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [ ] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [ ] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [ ] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Jesús Antonio García
CEDULA:	7.715.358
FIRMA:	
FECHA:	

Powered by CamScanner

CONSORCIO	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jesús Antonio García, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 7.715.358, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de_____ a los __ días del mes de ___ del año 20__.

_____ Huella

Firma del trabajador

C.C. 7.715.358

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Jesús García CARGO Auxiliar

FECHA _____ CONTRATISTA _____

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	X

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO


☐


☒


☒


☐

5, INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor
5


contar con certificado TSA
☐ 2


3
Diligenciar permiso de trabajo en alturas

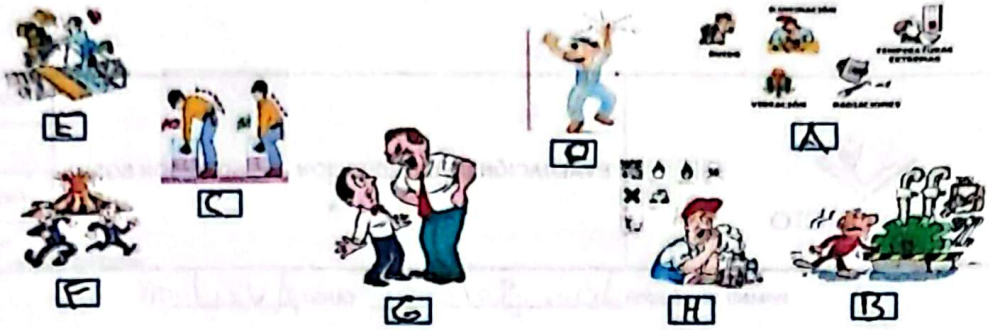

Contar con equipos certificados para realizar la actividad
4


☒ 1
Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

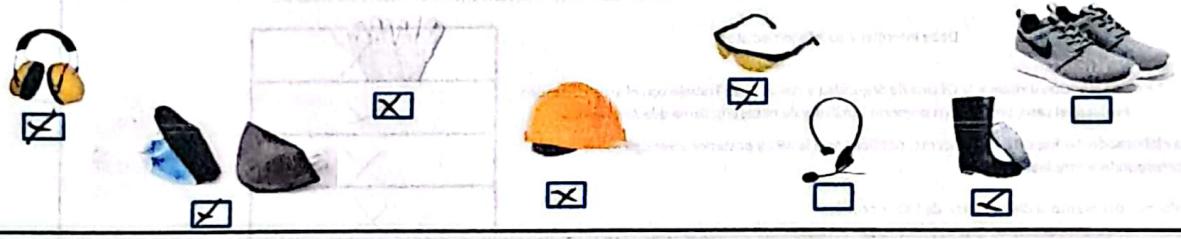
ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista 4 | seguir la señalización 2 | mantener la calma 1 | dirigirse al punto de encuentro 3

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	X

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ N° CEDULA 7.715.358

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 07-2-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 3

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Pedro Alonso FIRMA Pedro Alonso

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Auxiliar

X	Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	√	Mécanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
√	Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
X	Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)	√	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
√	Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.	X	Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
X	Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Pedro Obando
CEDULA:	5995106
FIRMA:	Pedro Obando
FECHA:	3-2-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Pedro Leonardo Mongeon Perdomo identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 5895106, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bog. a los 3 días del mes de 2 del año 2026

Huella

Pedro Mongeon

Firma del trabajador

C.C. 5895106

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Pedro Manquez CARGO Auxiliar

FECHA 3-2-26 CONTRATISTA SAG (C y S)

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2, SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su Jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	X

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO



☐



X



X



X

5, INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Ejecutar la labor 5



contar con certificado TSA 2



3 Diligenciar permiso de trabajo en alturas



4 Contar con equipos certificados para realizar la actividad



1 Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 3

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Jhon Hernandez FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES: CARGO: Cajcical

X	Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	X	Mécanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
X	Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
X	Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)	X	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.	X	Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
X	Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Jhan Alexey Hernandez Picdrahita
CEDULA:	1.079.037.328 Bta
FIRMA:	
FECHA:	18-02-2026

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jhon Alexy Hernandez P., identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1.019.037.328 por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 18 días del mes de 02 del año 2026

Huella

Firma del trabajador

C.C. 1.019.037.328 Bta

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Jhon Hernandez CARGO OFICIAL

FECHA 18.02.2026 CONTRATISTA C.I.S

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2, SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5, INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Ejecutar la labor 5



contar con certificado TSA 2



3 Diligenciar permiso de trabajo en alturas



1 Contar con certificado Ocupacional con énfasis



4 Contar con equipos certificados para realizar la actividad

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 3

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Cesar Augusto Alcala Mafla FIRMA Cesar Alcala

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Cesar Acosta, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 6811968, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de 02 del año 2026.

Cesar Acosta

Firma del trabajador

C.C. 6811968

Huella

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Auxiliar Electrico

- [X] Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mécanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [X] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Cesar Augusto Alcala Mattey
CEDULA:	6811968
FIRMA:	Cesar Alcala
FECHA:	23-02-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Cesar Acuña CARGO Auxiliar Electrico

FECHA 23-02-26 CONTRATISTA Energiza

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2, SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5, INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor 3


contar con certificado TSA 2


3 Diligenciar permiso de trabajo en alturas


Contar con equipos certificados para realizar la actividad 4

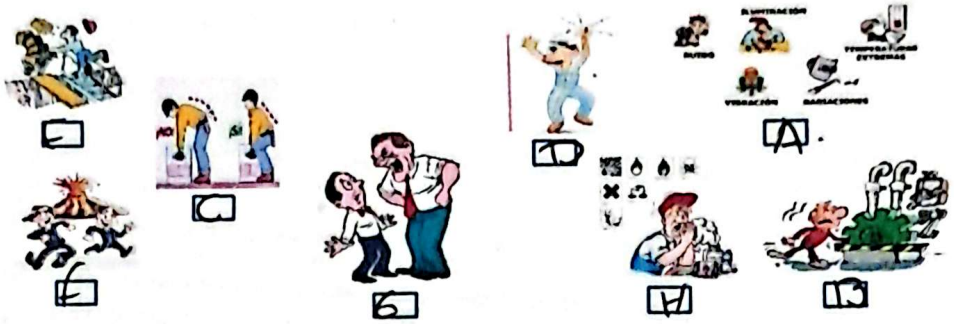


1 Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐ | seguir la señalización ☑ | mantener la calma ☐ | dirigirse al punto de encuentro ☑

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Cesar Alcala N° CEDULA 6811968

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 23-2-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2021 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Kuner Antonio Q FIRMA Kuner Quevedo

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Kriner Antonio Guerra Meza identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1063493374, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de 02 del año 2026.

Kriner Guerra Huella

Firma del trabajador

C.C. 1063493374

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Tecnico

- [X] Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mécanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [X] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Kevin Antonio Quevedo Meza
CEDULA:	1063493374
FIRMA:	Kevin Quevedo
FECHA:	23-02-2026

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Kenol Antonio CARGO Técnico

FECHA 23-02-2021 CONTRATISTA Consorcio

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2, SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5, INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Ejecutar la labor [5]



contar con certificado TSA [2]



[3] Diligenciar permiso de trabajo en alturas



Contar con equipos certificados para realizar la actividad [4]



[1] Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner