G&R INGENIEROS SAS	901728150
CORRALITO CONSTRUCCIONES SAS	901556974
INDUTECHOS SAS	901315886
CONSTRUCIONES DIMEVA SAS	901529787

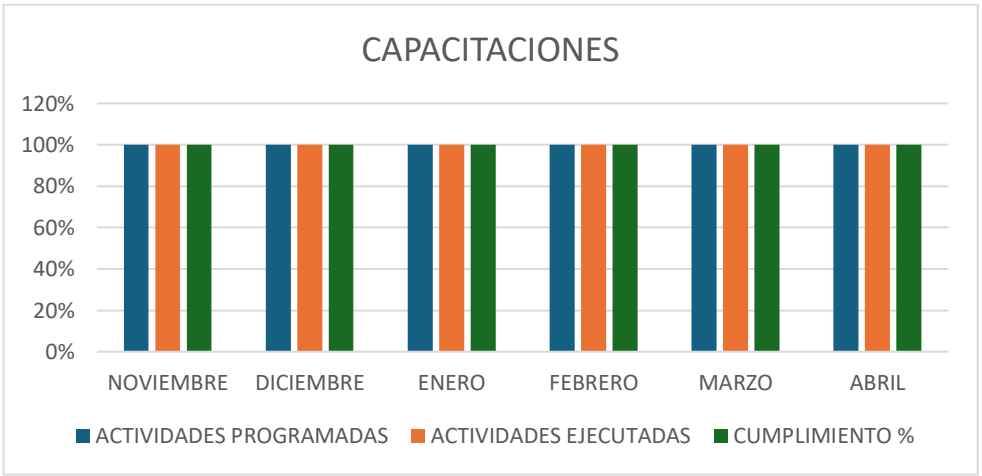
Anexo 2. planillas de seguridad social.

9. INDUCCIONES Y CAPACITACIONES SST

Para el periodo en mención se cumplen con las capacitaciones e inducciones establecidas en el cronograma de capacitaciones.

CUMPLIMIENTO PLAN DE CAPACITACIONES –2025-2026						
DATOS	**NOV**	**DIC**	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**
Actividades programadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades ejecutadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Ver grafica.







Anexo 3. Inducciones y reinducciones.
Anexo 4. Soportes de asistencia.

10. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Se programo entrega de insumos de elementos de protección personal al personal que ingrese a obra, donde se evidencie el uso durante la ejecución de actividades, estos insumos tienen como función proteger diferentes partes del cuerpo, con el fin de evitar que los colaboradores tengan contacto directo con factores de riesgo que le puedan ocasionar una lesión o enfermedad; es claro que no evitan el accidente o el contacto con elementos agresivos, pero ayudan a que la lesión sea menos grave.





Anexo 5. Entrega de elementos de protección personal.

11. SEÑALIZACIÓN Y DELIMITACIÓN DE ZONAS DE TRABAJO.

Se implementan medidas de prevención y delimitación con el fin de evitar incidentes o accidentes a personas no autorizadas a los frentes de intervención, la señalización efectiva informa a los trabajadores sobre los posibles peligros y riesgos en su entorno laboral. Esto ayuda a prevenir accidentes al aumentar la conciencia y fomentar comportamientos seguros; los errores humanos son una de las principales causas de accidentes laborales. La señalética reduce la posibilidad de cometer errores, puesto que proporciona instrucciones claras y precisas, estas ayudan a los trabajadores a tomar decisiones informadas y a evitar acciones que puedan poner en riesgo su seguridad y su salud.









12. ZONAS DE TRABAJO

Se realizarán jornadas de orden y aseo, esto con el fin de mejorar las condiciones de circulación y de trabajo; se cuenta con puntos ecológicos en los respectivos frentes de trabajo.

El orden y el aseo en el lugar de trabajo son importantes para la seguridad y la salud de los colaboradores, teniendo en cuenta que evita accidentes, mejora la productividad, se sensibiliza el cuidado del medio ambiente, separación de residuos, uso de puntos ecológicos adecuadamente realizando la clasificación y separación correspondiente; concientizando el cuidado del medio ambiente.









13. PERMISOS DE TRABAJO

Con la realización de permisos de trabajo y ATS identificamos los peligros y accidentes que pueden ocurrir en el lugar de trabajo, posterior a ello planificamos medidas correctivas y de ser posible eliminar los factores de riesgo, por tal razón la realización de estos son una herramienta de control y gestión de riesgos y son fundamentales para la prevención de accidentes y la protección del bienestar de los colaboradores promoviendo una cultura de seguridad y responsabilidad.
Se priorizarán las actividades de alto riesgo teniendo en cuenta que generan mayor probabilidad de incidentes o accidentes; se validaron condiciones de salud, estado de los equipos y herramientas y buen estado de las zonas a intervenir.
Se realizo avance de las actividades programadas, limpieza de las torres de enfriamiento, pasillos, cielos rasos, cambio de luminarias, mantenimiento preventivo de sistema de enfriamiento, cambio de accesorios de sanitarios, entre otras.






Anexo 6. Permisos de trabajo y ATS

14. INSPECCIONES DE SEGURIDAD.

Se realizarán las inspecciones, según la necesidad en la ejecución de las actividades.

De igual manera se socializará con el personal el uso adecuado de estas; evitar el exceso de confianza al usarlas y se dio a conocer los estándares de seguridad para el uso de estas.







Describa las principales recomendaciones derivadas de las inspecciones de seguridad.

Anexo 7. Inspecciones de seguridad.

INSPECCIONES REALIZADAS HSE			
INSPECCION	**OFICINA**	**ALMACEN**	**OBRA**
HERRAMIENTAS			X
ESCALERAS			X
EPP			X
EQUIPOS Y MAQUINARIAS			X
ORDEN Y ASEO			X

TABLA 1. Inspecciones realizadas. *FUENTE: Consorcio Adecuaciones Arsaf 2025.*

Estas inspecciones son un elemento primordial y fundamental en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, dado que se identifican los peligros que pueden afectar la integridad física, psicológica y mental de los colaboradores.

Al realizar inspecciones preoperacionales y generales de forma correcta se analizaron las herramientas y equipos si se usan de manera correcta, si las usan colaboradores con experticia visualizando los posibles riesgos durante la ejecución de actividades.

Se conto con las hojas de vida, fichas técnicas, inspecciones y certificaciones de los equipos de alturas a usar, los cuales fueron inspeccionados antes de cada uso. Las herramientas y demás equipos usados contaron con la respectiva hoja de vida y fichas técnicas; para el periodo no aplica mantenimiento teniendo en cuenta que no cumplen el año después de su compra.
Adjunto se comparte como anexos documentos de los equipos usados durante el periodo los cuales se inspeccionaron y se verifico su estado dando aprobación al uso de estos.

Describa las principales actividades realizadas dentro del plan de emergencias de la obra.

15. EQUIPO DE EMERGENCIAS

Se conto en todos los frentes de obra con los equipos de emergencia para atender cualquier evento repentino.

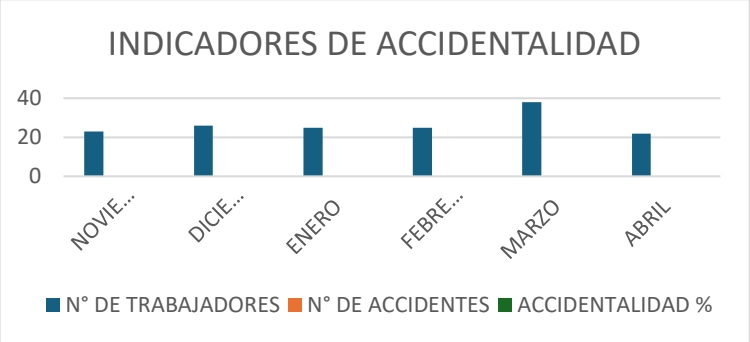
- Camillas.
- Botiquín.
- Extintor

16. INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y SOPORTES

- Durante el periodo no se reportan incidentes ni accidentes.
- Reporte FURAT
- No se realizan reportes a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
- Investigación accidente laboral
- No se presentan accidentes de trabajo durante los periodos en mención.
- Incapacidad médica
- No se presentan incapacidades médicas durante los periodos en mención.
- Soportes de testigos si aplica
- No aplica para el presente mes.
- Lecciones Aprendidas
- No se realizan socialización de lecciones aprendidas.
- Registros de formatos de casi incidentes
- No se presentan casi incidentes.

DATOS	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Número de trabajadores por mes	23	26	25	25	38	22
Número de accidentes por mes	0	0	0	0	0	0
% accidentalidad	0%	0%	0%	0%	0%	0%

En la gráfica de accidentalidad se refleja que para el mes de abril no se presentaron accidentes de trabajo.



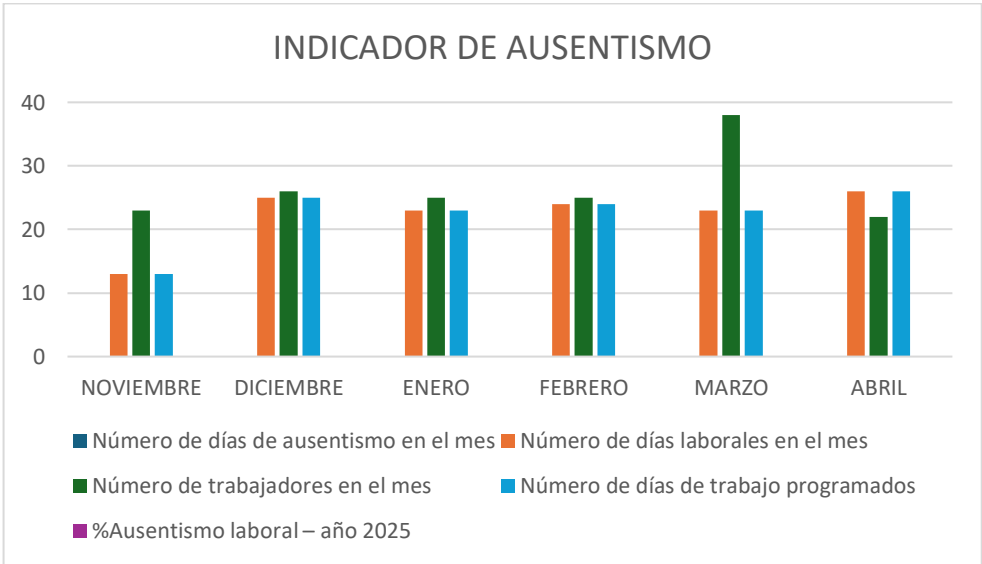
Durante el periodo de abril se describe que se presentaron 0 accidentes laborales o incidentes, para el personal que laboro durante el mes.

17. AUSENTISMO LABORAL

En la gráfica de ausentismo laboral se refleja que para el mes de abril los ausentismos generados por EG-AT dejaron un total de 0 días de ausentismo.

AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA (0312/2019)						
DATOS	**NOV**	**DIC**	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**
Número de días de ausentismo en el mes	0	0	0	0	0	0
Número de días laborales en el mes	13	25	23	24	23	26
Número de trabajadores en el mes	23	26	25	25	38	22
Número de días de trabajo programados	13	25	23	24	23	26
%Ausentismo laboral – año 2025	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Ver grafica.



Total, días ausentismo / # de días programados * 100%.
0/26 * 100% = 0 %

En la gráfica se evidencia que no se presentaron ausentismos a causa de accidentes o incidentes de trabajo.

Anexo 8. Certificado de accidentalidad.

18. DESCRIPCIÓN DEL LAS CAUSAS BASICAS

Para el presente periodo no aplica la descripción de causas básicas, debido a que no se presentan accidentes de trabajo o incidentes laborales.

19. DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS INMEDIATAS

Para el presente periodo no aplica la descripción de causas inmediatas, debido a que no se presentan accidentes de trabajo o incidentes laborales.

20. INDICADORES

Se adjunta gráfico de los Indicadores de Resultado, Estructura y Proceso de acuerdo con el decreto 1072 de 2015, la Resolución 0312 de 2019, ver Código: SAF-FOR-065, Indicadores del SG-SST).

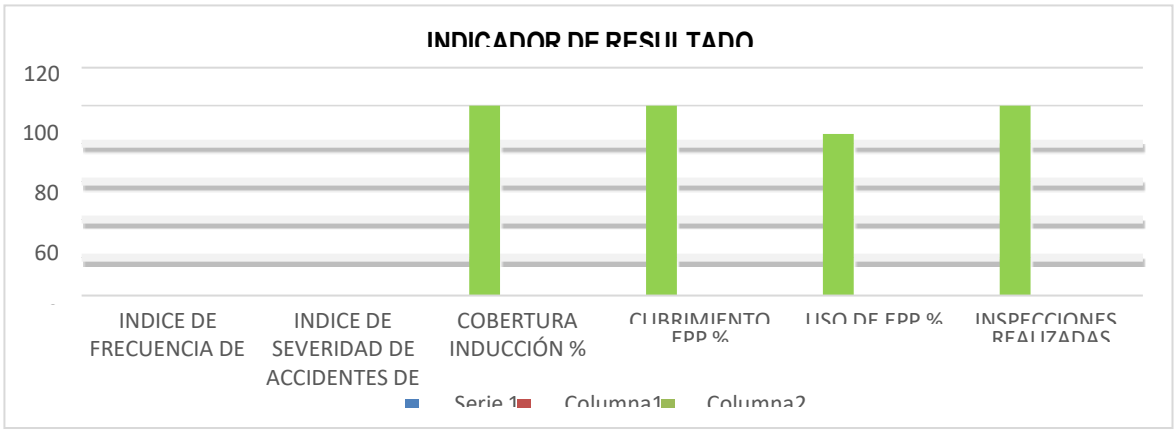


Gráfico 1. indicador de resultado. *Fuente Consorcio Arsaf*

En la anterior grafica podemos evidenciar que se cumplen con los indicadores de resultado, severidad y frecuencia elaborados según el SG-SST, dentro de estos se mide índice de frecuencia de accidentes de trabajo, índice de severidad de accidentes de trabajo, cobertura inducción, % cubrimiento EPP, % uso de EPP y objetivos y meta; mencionados indicadores son medidos mensualmente según los indicadores estipulados en el SG-SST, en la grafico 1. Indicadores de Resultado se evidencia su cumplimiento.



Gráfico 2. indicador de estructura. *Fuente Consorcio Arsaf*

La anterior grafica podemos evidenciar que se cumplen con los indicadores de estructura, elaborados según el SG- SST, dentro de estos se mide los objetivos y metas, para el presente mes solo se mide un indicador puesto que los demás se miden mensualmente



Gráfico 3. indicador de proceso. *Fuente Consorcio Arsaf*

Para el presente periodo no se miden indicadores de proceso, ya que mencionados indicadores se miden de manera Mensual o trimestral.

21. MEDIDAS ADOPTADAS AL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

21.1. INTRODUCCIÓN

CONSORCIO ADECUACIONES ARSAF 2025, como empresa del sector de la ingeniería civil y construcción, brinda su total apoyo a las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional y el distrito para hacer frente a la emergencia sanitaria ocasionada por la variante JN1. Para nosotros, es fundamental preservar la seguridad integral de cada trabajador, así como salvaguardar su salud, su sostenimiento y el de sus familias, además de contribuir a la protección de la salud pública en general.

21.2. MEDIDAS QUE SE DEBEN GARANTIZAR EN OBRA Y OTROS ESPACIOS

Medidas de control durante la jornada laboral:

Medidas de control para el ingreso a obra: La medicas tomadas por la empresa **CONSORCIO ADECUACIONES ARSAF 2025**, fueron:

- Promoción de tapabocas de protección respiratoria a todo trabajador cuando tengan sintomatología de gripe.
- Lavado de manos antes de cada comida.

22. PAZ Y SALVOS

Durante el período objeto de seguimiento, no se registró retiro de ningún colaborador.

Anexo 9. Paz y Salvos.

23. PAGOS SALARIALES

Durante el período correspondiente, se realizó el pago de salarios al personal conforme a lo establecido y en cumplimiento de las obligaciones contractuales. Los pagos incluyeron sueldos base, bonificaciones, y demás conceptos aplicables según la normativa vigente y los acuerdos laborales. Todas las transacciones fueron debidamente registradas y respaldadas por los comprobantes correspondientes.

24. CONCLUSIONES

Cumplimiento normativo: La empresa cumple con la mayoría de los requisitos legales en materia de seguridad y salud en el trabajo, aunque se identificaron algunos aspectos que requieren mejora para alinearse completamente con la normativa vigente.

Identificación de riesgos: Se han identificado riesgos significativos en determinadas áreas operativas, especialmente relacionados con [mencionar áreas específicas como manipulación de cargas, exposición a ruido, trabajos en altura, etc.]. Es fundamental implementar medidas correctivas y preventivas para minimizar estos riesgos.

Capacitación del personal: Aunque existen programas de formación, se evidenció la necesidad de reforzar la capacitación continua en temas críticos de seguridad, así como mejorar la participación activa del personal en las actividades preventivas.

Condiciones de trabajo: Las condiciones generales son aceptables, sin embargo, es necesario mejorar aspectos como la ergonomía en los puestos de trabajo, la señalización de seguridad y el mantenimiento de equipos.

Cultura preventiva: Se observa una cultura de prevención en desarrollo, pero todavía se requiere fortalecer la sensibilización del personal respecto a la importancia de

reportar incidentes y cumplir con los protocolos establecidos.

Recomendaciones: Se propone elaborar e implementar un plan de acción que incluya medidas correctivas, formación específica, revisión de procedimientos y seguimiento periódico, con el fin de garantizar un entorno laboral más seguro y saludable.

FIRMA RESPONSABLE:



FIRMA RESPONSABLE:
YINNA BLANCO ARENAS
PROFESIONAL SST
CONSORCIO ADECUACIONES ARSAF 2025

ANEXO 1. DOCUMENTOS PERSONAL

ANEXO 1. DOCUMENTACIÓN DE PERSONAL.

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 892827

HERNANDEZ SIRIT

APELLIDOS

DANIEL DAVID

NOMBRES

COL

VEN M

NACIONALIDAD SEXO

20378150

DNI Nro.

07-05-1983

FECHA DE NACIMIENTO

19-07-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

Powered by CamScanner

E2227758

NOTICE: DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL892827<<<4<<<<<<<<<<<<<<<
8305077M3105308VENE2227758<<<5
HERNANDEZ<SIRIT<<DANIEL<DAVID<

Powered by CamScanner

Medellín, 13 de April 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 CONSTRUCCIONES DIMEVA 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 %	
X892827	HERNANDEZ SIRIT DANIEL DAVID	14/04/2026		16155134	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 13/04/2026 10:47:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.102.38.170, 192.230.104.10, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016637208	1|3|0|4|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite — **A.** Afiliación ☒ **B.**Reporte de Novedades ☐

2.Tipo afiliacion — **A.** Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ **B.** Colectiva ☐ **C.** Institucional ☐ **D.** De oficio ☐

3.Regimen — **A.**Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — **A.** Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐ **D.** Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — **A.** Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HERNANDEZ Primer apellido	SIRIT Segundo apellido	DANIEL Primer nombre	DAVID Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	892827	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
Venezuela	Venezuela			0|7|0|5|1|9|8|3

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.	PROTECCION	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 42 C 16 15		3024090677	DANIELDAVIDHERNANDEZSIRIT91@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	CENTRO	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ 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 SOACHA TERREROS	VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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)
CONSTRUCCIONES DIMEVA SAS	NIT	901529787	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 34A 37 77 TO 3 AP 4011	2172022	CONSTRUCCIONESDIMEVA@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016637208

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
	1|3|0|4|2|0|2|6	1	

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

	Diana Gutierrez
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: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 Total: 1

- ☐ **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.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
HERNANDEZ	**SIRIT**	**DANIEL**	**DAVID**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
892827	RC TI CC CE PA	**1983 05 07**	**X** F	**2026 13 04**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

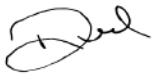
Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRIT identificado con el documento de identidad: PT No. 892827, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico danieldavidhernandezsirit91@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):



Nombres y Apellidos: DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRIT
Número de identificación: 892827

Fecha de diligenciamiento
2026 13 04

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 892827

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS S

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRIT** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **892827,** se encuentra afiliado/a desde **26/06/2023** 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 13 de abril 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

MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

ID. 5659

FECHA: 07 Abril 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRIT — SEXO: MASCULINO

Documento de Identidad: CC [ ] CE [ ] PPT [X] 892827 — EDAD: 42

EPS: SALUD TOTAL — CARGO: OFICIAL — ARL: SURA

EMPRESA: CONSTRUIMOS MG SAS — NIT 900939693 - 1

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O+ / ESTATURA 1.78 CM / PESO 73 KG		

CONFIDENCIAL

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

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

Medico

Firma:
Nombre: FERNANDO ROMERO BOSSA
Reg. Medico 79315004

Paciente
Firma:
Nombre: DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRI
Doc. No.: 892827

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

DANIEL DAVID HERNANDEZ SIRIT

Permiso Protección Temporal N° 892827

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (13) del mes de abril de 2026 al (13) del mes de abril de 2026 con una intensidad de 8 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

RONALD FABIAN PORTELA
ENTRENADOR
PROF. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SST 10714 de 01/12/2023

RAZÓN SOCIAL: CONSTRUCCIONES DIMEVA S.A.S NIT: 901529787-8 REPRESENTANTE LEGAL: DIANA YAZMIN GUTIERREZ RAMIREZ ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 15884

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (13) del mes de abril de 2026

ANEXO 1. DOCUMENTACIÓN DE PERSONAL.

COLEGIO ESTRELLA DEL SUR SEDE D

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.019.037.328



Apellidos
HERNANDEZ PIEDRAHITA

Nombres
JHON ALEXEY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

Fecha de nacimiento
12 SEPT 1989

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 SEPT 2007, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
19 AGO 2031

Firma



Powered by CamScanner

.CO

0007471189



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0007471898150O1<<<<<<<<<<<
8909121M3108192COL1019037328<5
HERNANDEZ<PIEDRAHITA<<JHON<ALE

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012681234
9012681234

No. de Radicación SAT: 30308213

Fecha de Radicación: 16 02 2026

1. 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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación: X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia: X; - Beneficiario o afiliado adicional:	A. Contributivo:	SI:	A. Cotizante: X; B. Cabeza de familia:	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades:	B. Colectiva:	B. Subsidiado: X	NO:	C. Beneficiario: ; D. Afiliado adicional:	B. Independiente:	
	C. Institucional:				C. Pensionado:	
	D. De oficio:					

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
HERNANDEZ (Primer Apellido)	PIEDRAHITA (Segundo Apellido)	JHON (Primer Nombre)	ALEXEY (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1019037328	Femenino: ; Masculino: X	Femenino: ; Masculino: ; T: ; NB: ; Otro: ; Cual:	

14. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			12 09 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: ; NO: X		SI: ; NO:	Nivel: ; Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia			
CR 101 C 131 D 09 BRR AURES (Dirección)	3203367182 (Teléfono fijo)	Teléfono celular	alexeyh25@gmail.com (Correo electrónico)

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA		Cabezera Municipal: ; Rural Disperso: ; Centro Poblado: ; Resto Rural:

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: ; Masculino:	Femenino: ; Masculino: ; T: ; NB: ; Otro: ; Cual:	

33. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1							D D M M A A A A
B2							D D M M A A A A
B3							D D M M A A A A
B4							D D M M A A A A
B5							D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona (Cabezera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural)	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E-UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	5212
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CYS INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	NT	901129329	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALL 134 156 A 16	31034437		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO -CM	D 16 M 02 A 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
[ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
[X] 74. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
[X] 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 Decreto 1377 de 2013.
[X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
[ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
[ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

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.

Vigilado Supersalud

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012681234
9012681234

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espóntanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Asi mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA Identificación: CC 1019037328

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [ ] NO [X]

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA Identificación: CC 1019037328

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Medellín, 16 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 C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES 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 DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1019037328	HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY	17/02/2026		13118823	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 16/02/2026 21:40:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.80.1, 192.230.104.13, 172.16.42.57

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.037.328**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	02 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS NIT 901129329-1

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY	Masculino	36 Años	CC (Tipo)	1019037328 (Número)

Cargo **OFICIAL**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	**PORVENIR**	**SURA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
OPTOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY
CC 1019037328

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 291441688

PIB
13:21:20

Bogotá DC, 17 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) JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019037328:

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 lunes 16 de febrero de 2026, a las 21:23:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019037328
Código de Verificación	1019037328260216212302

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:21:53 PM horas del 16/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1019037328**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY**

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

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 21:20:48 horas del 16/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019037328,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CYS INGENIERIA** , con NIT **901129329-7** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

ANEXO 1. DOCUMENTACIÓN DE PERSONAL.

COLEGIO COMPARTIR EL RECUERDO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1428665

BENAVIDES LEON
APELLIDOS

COL

JUAN CARLOS
NOMBRES

VEN M
NACIONALIDAD SEXO

16205864
DNI Nro.

22-02-1980
FECHA DE NACIMIENTO

01-09-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



F1254725

INDICE DERECHO

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

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL1428665<<6<<<<<<<<<<<<<<<
8002228M3105308VENE1254725<<<8
BENAVIDES<LEON<<JUAN<CARLOS<<<

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
014PT1428665140420261104000002	2026-04-14	Subsidiado	Cabeza de familia	2026-04-14

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia				
Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
PT	1428665	Juan Carlos Benavides Leon	1980-02-22	Hombre

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia								
Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Bogotá, D. C.	Bogotá, D.C.	las colinas	Urbana - Cabecera municipal	calle 32 bis sur 13-25	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Positivo (+)

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2026-04-15					
Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
PT	1428665	JUAN BENAVIDES	Independiente	1750905	Relación laboral confirmada
ARL					
No aplica					

Datos de Afiliación	
EPS	IPS
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A	VIRREY SOLIS IPS SA

Medellín, 14 de april de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JUAN CARLOS BENAVIDES LEON identificado(a) con permiso prot temp 1428665 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 15/04/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

G&R INGENIEROS SAS N901728150

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 14/04/2026 11.37 AM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BENAVIDES LEON JUAN CARLOS** identificado(a) con **PT** número **1428665** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de enero de 2022 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 13 de abril 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/**

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 830.692.369-3



INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	04 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO-ALTURAS – ESPACIOS CONFINADOS

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

INDEPENDIENTE

Nombre de la empresa

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JUAN CARLOS BENAVIDES	Masculino	45 años	PT (Tipo)	1428665 (Número)

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACION OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔
ESPIROMETRIA	✔		

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

* USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.
* PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
* CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL
* INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)*

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

* DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Firma:

Nombre: KAREN LISEFT IBAÑEZ HERNANDEZ

R.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019

Aspirante o Trabajador

Firma: Juan Carlos Benavides

Nombre: JUAN CARLOS BANAVIDES

PT: 1428665

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación: 9011873470
Fecha de Radicación: 14/04/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Benavides	León	Juan	Carlos
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PT	1428665	Femenino [ ] Masculino [X]	22/02/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA		1750905

18. Residencia			
Cll 32 bis sur 13-25	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	3185127259	juancarlosbenavidesleon2u@gmail.com
Bogotá	Rafael Uribe	Bogotá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento
[ ]			

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la 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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)
Juan Carlos Benavides	PT	1428665	

39. Ubicación				
Calle 32 bis sur 13-25	Teléfono	juanbenavides@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogotá	Bogotá

FSSS-RVA V.1.0-2019

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación: 9011873470

Fecha de Radicación: 14/04/2016

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.
- [ ] 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: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	42. Fecha (día / mes / año)
				15/04/2016

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, 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
Juan Carlos Benavides	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (día / mes / año)	69. Fecha de validación (día / mes / año)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Independiente: Andante de obra

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.

F385-FIVA V.1.0-2016

Vigilado Supersalud
Powered by CamScanner



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGADO A

JUAN CARLOS BENAVIDES LEON

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1428665

AFILIADO A LA ARL: SURA

RAZON SOCIAL: JUAN CARLOS BENAVIDES LEON

NIT: 1428665

REPRESENTANTE LEGAL: JUAN BENAVIDES PP: 1428665

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DIA 13 DEL MES DE ABRIL HASTA EL DIA 13 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2026
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (13) DE (04) DEL (2026)
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

Jenny Paola Pacheco Gallindo
Representante Legal

KENNEHT BARRANCO COLLANTE
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O Resolucion 25-1159 de 28 de Diciembre de 2023

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1428665

¿Escriba los dos ultimos digitos del documento a consultar?

6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LEONEL GIRON identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1428665.

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: jueves, abril 16, 2026 - Hora de consulta: 10:44:44

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

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

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

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 11:03:38 horas del 16/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **1428665.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **arsaf**, con NIT **091973186-4** 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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 16 de abril de 2026, a las 10:41:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	1428665
Código de Verificación	1428665260416104120

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:38:28 AM horas del 16/04/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **1428665**

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

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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.

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO TEJARES

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529787	8	CONSTRUCIONES DIMEVA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 34 A N 37 77 TRR 3	SOACHA-CUNDINAMARCA	4777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	243836414	9503472243	E	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	0	$4,538,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
1	PT	5467675	ATACHO JOSE	25-14	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
2	PT	5698804	ATACHO JULIAN	230301	2	$116,727	$18,700	EPS005	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
3	CC	1143449717	FERNANDEZ FREDDY	230301	10	$583,635	$93,400	EPS002	10	$583,635	$23,400	CCF22	10	$583,635	$23,400	14-11	10	$583,635	$40,700	10	$0	$0
4	CC	1000810890	GIRALDO FABIAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
5	CC	1033752987	GIRALDO YORDI	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
6	PT	5430452	GONZALEZ ADRIAN	25-14	25	$1,459,088	$233,500	EPS002	25	$1,459,088	$58,400	CCF22	25	$1,459,088	$58,400	14-11	25	$1,459,088	$101,600	25	$0	$0
7	CC	1106398074	GONZALEZ JHON	230301	5	$291,818	$46,700	EPS002	5	$291,818	$11,700	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0
8	CC	52914090	GUTIERREZ DIANA	230301	19	$1,108,907	$177,500	EPS005	19	$1,108,907	$44,400	CCF22	19	$1,108,907	$44,400	14-11	19	$1,108,907	$77,200	19	$0	$0
9	CC	1035640980	HERNADEZ DAMIAN	230301	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
10	CC	1002412811	MARRUGO LUIS	230301	1	$58,364	$9,400	EPS041	1	$58,364	$2,400	CCF22	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	$4,100	1	$0	$0
11	CC	1128192668	POLO ESTEBAN	230301	5	$291,818	$46,700	EPS002	5	$291,818	$11,700	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0
12	PT	6935472	RAMON ALBERTO	230301	25	$1,459,088	$233,500	EPS002	25	$1,459,088	$58,400	CCF22	25	$1,459,088	$58,400	14-11	25	$1,459,088	$101,600	25	$0	$0
13	CC	1116828053	RODRIGUEZ JUNIOR	230301	26	$1,517,451	$242,800	EPS002	26	$1,517,451	$60,700	CCF22	26	$1,517,451	$60,700	14-11	26	$1,517,451	$105,700	26	$0	$0
14	CC	1024462877	SALAZAR LUIS	230301	1	$58,364	$9,400	EPS002	1	$58,364	$2,400	CCF22	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	$4,100	1	$0	$0
15	PT	5484714	SILGADO SAUL	25-14	26	$1,517,451	$242,800	EPS002	26	$1,517,451	$60,700	CCF22	26	$1,517,451	$60,700	14-11	26	$1,517,451	$105,700	26	$0	$0
16	CC	9323652	VALBUENA WILMER	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
17	PT	5142975	VASQUEZ RODRIGO	230301	12	$700,362	$112,100	EPS002	12	$700,362	$28,100	CCF22	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	$48,800	12	$0	$0
Total			**Afiliados(17)**			$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529787	8	CONSTRUCIONES DIMEVA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 34 A N 37 77 TRR 3	SOACHA-CUNDINAMARCA	4777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	243836414	9503472243	E	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	0	$4,538,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				17	$2,344,500	$0	$0	$2,344,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$495,000	$0	$0	$495,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$1,849,500	$0	$0	$1,849,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$1,020,600	$0	$0	$1,020,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	17	$1,020,600	$0	$0	$1,020,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$586,700	$0	$0	$586,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	17	$586,700	$0	$0	$586,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				17	$586,700	$0	$0	$586,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$2,400	$0	$0	$2,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$395,000	$0	$0	$395,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$119,200	$0	$0	$119,200
TOTAL				**17**	**$4,538,500**	**$0**	**$0**	**$4,538,500**

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529787	8	CONSTRUCIONES DIMEVA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 34 A N 37 77 TRR 3	SOACHA-CUNDINAMARCA	4777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	243836414	9503472243	E	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	0	$4,538,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (17 Afiliados)						$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0
1	PT	5467675	ATACHO JOSE	25-14	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
2	PT	5698804	ATACHO JULIAN	230301	2	$116,727	$18,700	EPS005	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
3	CC	1143449717	FERNANDEZ FREDDY	230301	10	$583,635	$93,400	EPS002	10	$583,635	$23,400	CCF22	10	$583,635	$23,400	14-11	10	$583,635	$40,700	10	$0	$0
4	CC	1000810890	GIRALDO FABIAN	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
5	CC	1033752987	GIRALDO YORDI	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
6	PT	5430452	GONZALEZ ADRIAN	25-14	25	$1,459,088	$233,500	EPS002	25	$1,459,088	$58,400	CCF22	25	$1,459,088	$58,400	14-11	25	$1,459,088	$101,600	25	$0	$0
7	CC	1106398074	GONZALEZ JHON	230301	5	$291,818	$46,700	EPS002	5	$291,818	$11,700	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0
8	CC	52914090	GUTIERREZ DIANA	230301	19	$1,108,907	$177,500	EPS005	19	$1,108,907	$44,400	CCF22	19	$1,108,907	$44,400	14-11	19	$1,108,907	$77,200	19	$0	$0
9	CC	1035640980	HERNADEZ DAMIAN	230301	2	$116,727	$18,700	EPS002	2	$116,727	$4,700	CCF22	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$8,200	2	$0	$0
10	CC	1002412811	MARRUGO LUIS	230301	1	$58,364	$9,400	EPS041	1	$58,364	$2,400	CCF22	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	$4,100	1	$0	$0
11	CC	1128192668	POLO ESTEBAN	230301	5	$291,818	$46,700	EPS002	5	$291,818	$11,700	CCF22	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0
12	PT	6935472	RAMON ALBERTO	230301	25	$1,459,088	$233,500	EPS002	25	$1,459,088	$58,400	CCF22	25	$1,459,088	$58,400	14-11	25	$1,459,088	$101,600	25	$0	$0
13	CC	1116828053	RODRIGUEZ JUNIOR	230301	26	$1,517,451	$242,800	EPS002	26	$1,517,451	$60,700	CCF22	26	$1,517,451	$60,700	14-11	26	$1,517,451	$105,700	26	$0	$0
14	CC	1024462877	SALAZAR LUIS	230301	1	$58,364	$9,400	EPS002	1	$58,364	$2,400	CCF22	1	$58,364	$2,400	14-11	1	$58,364	$4,100	1	$0	$0
15	PT	5484714	SILGADO SAUL	25-14	26	$1,517,451	$242,800	EPS002	26	$1,517,451	$60,700	CCF22	26	$1,517,451	$60,700	14-11	26	$1,517,451	$105,700	26	$0	$0
16	CC	9323652	VALBUENA WILMER	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
17	PT	5142975	VASQUEZ RODRIGO	230301	12	$700,362	$112,100	EPS002	12	$700,362	$28,100	CCF22	12	$700,362	$28,100	14-11	12	$700,362	$48,800	12	$0	$0
Total			**Afiliados(17)**			$14,649,242	$2,344,500			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$586,700			$14,649,242	$1,020,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901529787	8	CONSTRUCIONES DIMEVA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 34 A N 37 77 TRR 3	SOACHA-CUNDINAMARCA	4777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	243836414	9503472243	E	2026/04/22	2026/04/22	NEQUI	0	$4,538,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				17	$2,344,500	$0	$0	$2,344,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$495,000	$0	$0	$495,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$1,849,500	$0	$0	$1,849,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$1,020,600	$0	$0	$1,020,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	17	$1,020,600	$0	$0	$1,020,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	$586,700	$0	$0	$586,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	17	$586,700	$0	$0	$586,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				17	$586,700	$0	$0	$586,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$2,400	$0	$0	$2,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$395,000	$0	$0	$395,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$119,200	$0	$0	$119,200
TOTAL				**17**	**$4,538,500**	**$0**	**$0**	**$4,538,500**

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO OFELIA URIBE

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	820000913
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SERVICIOS PROFESIONALES DE INGENIERIA AR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 6 7A 15	TELÉFONO:	7400000
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4650722333**			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	28						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996677316		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	2	$ 196.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 196.200	$ 3.800	$ 200.000
230201	230201- PROTECCION	1	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 9.400	$ 200	$ 9.600
SUBTOTALES:										**$ 205.600**	**$ 4.000**	**$ 209.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 32.700	$ 0	$ 700	$ 0	$ 32.700	$ 700	$ 0	$ 33.400
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 16.400	$ 0	$ 400	$ 0	$ 16.400	$ 400	$ 0	$ 16.800
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 100	$ 0	$ 2.400	$ 100	$ 0	$ 2.500
SUBTOTALES:													**$ 51.500**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 52.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 89.500	$ 89.500	$ 1.800	$ 0	$ 91.300
SUBTOTALES:									**$ 89.500**	**$ 1.800**	**$ 0**	**$ 91.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	3	$ 51.500	$ 1.000	$ 52.500
SUBTOTALES:			**$ 51.500**	**$ 1.000**	**$ 52.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1193578475	GOMEZ RODRIGUEZ FERNANDO ANDRES	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI		07															230301-PORVENIR	7	$ 408.545	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.400	EPS037-NUEVA EPS	7	$ 408.545	$ 16.400	$ 0	$ 16.400	14-11 - ARL SURA	7	$ 408.545		$ 28.500	7	$ 408.545	CCF24-COMPENSAR	$ 16.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 71221105	AMARILES GARCIA RAFAEL DE JESUS	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI		14															230301-PORVENIR	14	$ 817.089	$ 130.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 130.800	EPS002-SALUD TOTAL	14	$ 817.089	$ 32.700	$ 0	$ 32.700	14-11 - ARL SURA	14	$ 817.089		$ 56.900	14	$ 817.089	CCF24-COMPENSAR	$ 32.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 80246690	LOAIZA CASAS ALEXANDER	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			SI		01															230201-PROTECCION	1	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 9.400	EPS008-COMPENSAR	1	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 2.400	14-11 - ARL SURA	1	$ 58.364		$ 4.100	1	$ 58.364	CCF24-COMPENSAR	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 406.100

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO ESTRELLA DEL SUR SEDE D

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 901975907	7	LOPEZ & CASTRO CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CALLE 134 # 156A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132425004	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	200020548	9502741895	E	2026/04/06	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$1,807,900

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	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80128426	BOHORQUEZ MELO WILSON RAMIRO																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	1072618225	GIL VASQUEZ EDWIN ALEXANDER	X	X																230301	5	$291,818	$46,700	EPS017	5	$291,818	$11,700	CCF24	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0	Si	$90,500
3	CC	1014862958	PEÑALOZA MOLANO NELSON JAVIER		X																230301	5	$291,818	$46,700	EPS008	5	$291,818	$11,700	CCF24	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0	Si	$90,500
4	CC	79206157	ROA TORRES ARNULFO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
5	CC	1012414159	ROJAS MENDOZA JONATHAN FABIAN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total	**Afiliados(5)**																						$5,836,351	$934,000			$5,836,351	$233,700			$5,836,351	$233,700			$5,836,351	$406,500		$0	$0		$1,807,900

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 901975907	7	LOPEZ & CASTRO CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CALLE 134 # 156A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132425004	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	200020548	9502741895	E	2026/04/06	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$1,807,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$934,000	$0	$0	$934,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$373,600	$0	$0	$373,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$406,500	$0	$0	$406,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$406,500	$0	$0	$406,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$233,700	$0	$0	$233,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$233,700	$0	$0	$233,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$233,700	$0	$0	$233,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$11,700	$0	$0	$11,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$151,900	$0	$0	$151,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$70,100	$0	$0	$70,100
TOTAL				**5**	**$1,807,900**	**$0**	**$0**	**$1,807,900**

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
2026-03	2026-04	218165967	9502996608	E	2026/04/10	2026/04/13	BANCOLOMBIA		$2,288,000

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)																						**$6,361,622**	**$1,018,100**			**$8,112,527**	**$324,800**			**$8,112,527**	**$324,800**			**$8,112,527**		**$564,800**		**$0**	**$0**		**$2,232,500**
Centro de Trabajo: MANTENIMIENTOS SED 2026 (2 Afiliados)																						**$2,859,812**	**$457,700**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**		**$199,100**		**$0**	**$0**		**$885,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																						**$2,859,812**	**$457,700**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**		**$199,100**		**$0**	**$0**		**$885,800**
1	CC	79478249	GONZALEZ NIÑO ALEXANDER	X																230301	19	$1,108,907	$177,500	EPS002	19	$1,108,907	$44,400	CCF21	19	$1,108,907	$44,400	14-11	19	$1,108,907	6.960%	$77,200	19	$0	$0	Si	$343,500
2	CC	1019037328	HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	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 (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																		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																	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																	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)**																			$6,361,622	$1,018,100			$8,112,527	$324,800			$8,112,527	$324,800			$8,112,527		$564,800		$0	$0		$2,232,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$1,018,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,018,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$564,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$564,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$324,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$324,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$324,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$210,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$70,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$44,400
TOTAL				**5**	**$2,232,500**

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO COMPARTIR EL RECUERDO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 1116644		LEON MARQUEZ ROBERTO ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 73 38-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3196484134	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	227707610	9502020650	I	2026/04/14	2026/04/16	BANCOLOMBIA	2	$499,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	PT	1116644	LEON ROBERTO	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$400	$0	$280,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$400	$0	$280,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$300	$0	$219,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$300	$0	$219,200
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$700**	**$0**	**$499,800**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 6195800		DUGARTE GUILLEN YULBERT ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 75c bis sur 8A	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3122086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	227749637	9501588740	I	2026/04/06	2026/04/16	BANCOLOMBIA	10	$502,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	PT	6195800	DUGARTE YULBERT	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,900	$0	$282,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,900	$0	$282,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,500	$0	$220,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,500	$0	$220,400
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$3,400**	**$0**	**$502,500**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901728150	0	G&R INGENIEROS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA DC	CL 100 # 19 - 61 OF 505	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214156803	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	227487948	9502790076	Y	2026/04/15	2026/04/16	BANCOLOMBIA	1	$2,430,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1027521476	AGUDELO CARLOS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
2	CC	80745898	ALARCON GILDARDO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
3	CC	1022948213	BENITEZ JEISSON		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
4	PT	6195800	DUGARTE YULBERT		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
5	PT	6636447	GONZALEZ JESUS	230201	29	$1,692,542	$270,900	EPS017	29	$1,692,542	$211,600		0	$0	$0	14-11	29	$1,692,542	$117,900	0	$0	$0
6	PT	6195402	LEON ANTONIO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
7	PT	5941498	LEON RAFAEL		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
8	PT	1116644	LEON ROBERTO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
9	CC	1022960822	LOPEZ WILDER		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
10	CC	1093797579	MOZO BIANIS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
11	CC	1022929171	VALBUENA DANIEL		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
12	CC	1007296226	VALBUENA JOHAN		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
13	CC	1033688380	VALBUENA NICOLAS		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
14	CC	1033677413	VALBUENA SANTIAGO		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
15	CC	80746599	VALBUENA VICENTE		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
16	CC	79820503	VALBUENA WILLIAM		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$121,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(16)**			**$1,692,542**	**$270,900**			**$1,692,542**	**$211,600**			**$0**	**$0**			**$27,956,117**	**$1,946,400**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,900	$200	$0	$271,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$270,900	$200	$0	$271,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,946,400	$1,400	$0	$1,947,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	16	$1,946,400	$1,400	$0	$1,947,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,600	$200	$0	$211,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$211,600	$200	$0	$211,800
TOTAL				**16**	**$2,428,900**	**$1,800**	**$0**	**$2,430,700**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 6195402		LEON MARQUEZ ANTONIO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 75 bis sur 8a-58	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3004069207	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	235364923	9503225891	I	2026/04/06	2026/04/20	BANCOLOMBIA	14	$503,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	PT	6195402	LEON ANTONIO	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$4,800**	**$0**	**$503,900**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	5941498	RAFAEL ANTONIO LEON	calle 75 bis sur 8a-58pi-302	3004069	rafael231937@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75026376	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$218.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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

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										

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	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	1	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	218.900	218.900

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
PT	5941498	RAFAEL ANTONIO LEON	calle 75 bis sur 8a-58pi-302	3004069	rafael231937@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75026376	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$218.900	

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	PT 5941498	LEON RAFAEL ANTONIO	3	3			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900		0	0		0		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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 6636447		GONZALEZ GRATEROL JESUS EBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 34.67-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204617856	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	228144387	9503120321	I	2026/04/14	2026/04/16	BANCOLOMBIA	2	$483,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	PT	6636447	GONZALEZ JESUS	230201	29	$1,692,542	$270,900	EPS017	29	$1,692,542	$211,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,692,542**	**$270,900**			**$1,692,542**	**$211,600**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,900	$400	$0	$271,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$270,900	$400	$0	$271,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,600	$300	$0	$211,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$211,600	$300	$0	$211,900
TOTAL				**1**	**$482,500**	**$700**	**$0**	**$483,200**

ANEXO 2. SEGURIDAD SOCIAL

COLEGIO FANNY MIKEY

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	901315886-1	INDUTECHOS SAS	carrera 14b#146-33 oficina 1108	3229701671	arsosoluciones.ing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	MALU	01	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
		76231371	20/04/2026	25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,897,759	$7.376.800	

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					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	7.100	0		0		0	0	0	0	7.100	1
CCFC55	Proteger EPS	901543211-6	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	236.200	0		0		0	0	0	0	236.200	9
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	30.400	0		0		0	0	0	0	30.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	79.500	0		0		0	0	0	0	79.500	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	63.100	0		0		0	0	0	0	63.100	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	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	2.101.800	0	0	0	0	0	0		2.101.800	11
231001	Colfondos	800227940-6	37.400	0	0	0	0	0	0		37.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.765.700	0	0	0	0	0	0		1.765.700	11

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.353.900				1.353.900	0	0	1.353.900			13.539	1.353.900	25

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	778.800	0	0	778.800	25

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	901315886-1	INDUTECHOS SAS	carrera 14b#146-33 oficina 1108	3229701671	arsosoluciones.ing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	MALU	01	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
		76231371	20/04/2026	25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,897,759	$7.376.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	778.800	778.800
Pensión	4	4.465.300	4.465.300
Riesgos Laborales	1	1.353.900	1.353.900
CCF	1	778.800	778.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	7.376.800	7.376.800

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	901315886-1	INDUTECHOS SAS		carrera 14b#146-33 oficina 1108	3229701671	arsosoluciones.ing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	MALU	01	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76231371	20/04/2026	25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,897,759	$7.376.800	

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 1001671387	DE HOYOS MORELO WILFRAN ANTONIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1002047944	QUINTERO ARCIRIA MERQUECIDED	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1012350592	RUBIO AVILA JESUS ANDRES	1	0			S	X	X															25-14	175.091	3	28.100	0	0	0	0	CCFC33	175.091	3	7.100	14-23	175.091	3	5	12.200	CCF22	175.091	3	7.100	0	0	0	0	0
4	CC 1020760283	LINARES BENITO JOHAN MAURICIO	1	0			S	X																230301	758.726	13	121.400	0	0	0	0	EPS005	758.726	13	30.400	14-23	758.726	13	5	52.900	CCF22	758.726	13	30.400	0	0	0	0	0
5	CC 1021670739	MORENO ZAMBRANO FERNANDO	1	0			S																	230301	641.999	11	102.800	0	0	0	0	EPS002	641.999	11	25.700	14-23	641.999	11	5	44.700	CCF22	641.999	11	25.700	0	0	0	0	0
6	CC 1021670739	MORENO ZAMBRANO FERNANDO	1	0			S									X								230301	1.108.907	19	177.500	0	0	0	0	EPS002	1.108.907	19	0	14-23	1.108.907	19	5	0	CCF22	1.108.907	19	0	0	0	0	0	0
7	CC 1025646308	CORREA SERNA ANDRES ESTIVEN	1	0			S		X															25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-23	116.727	2	5	8.200	CCF22	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0
8	CC 1030690192	PABON RINCON DIDIER CAMILO	1	0			S																	230301	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS017	817.089	14	32.700	14-23	817.089	14	5	56.900	CCF22	817.089	14	32.700	0	0	0	0	0
9	CC 1030690192	PABON RINCON DIDIER CAMILO	1	0			S									X								230301	933.816	16	149.500	0	0	0	0	EPS017	933.816	16	0	14-23	933.816	16	5	0	CCF22	933.816	16	0	0	0	0	0	0
10	CC 1070986793	CAMPOS CULMA JOHANN MAURICIO	1	0			S	X																230301	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPSC34	1.575.815	27	63.100	14-23	1.575.815	27	5	109.700	CCF22	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
11	CC 1071168525	TOBAR OSPINA SERGIO FABIAN	1	0			S		X															230301	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS002	116.727	2	4.700	14-23	116.727	2	5	8.200	CCF22	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0
12	CC 1110232752	ARAGON OYOLA JHON EDWAR	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
13	CC 1128482944	MONCADA URREGO ROBINSON AUGUSTO	1	0			S	X	X															231001	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPS037	233.454	4	9.400	14-23	233.454	4	5	16.300	CCF22	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
14	CC 1193220317	MONTOYA CHASOY PEDRO JUAN	1	0			S																	230301	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS002	583.635	10	23.400	14-23	583.635	10	5	40.700	CCF22	583.635	10	23.400	0	0	0	0	0
15	CC 1193220317	MONTOYA CHASOY PEDRO JUAN	1	0			S									X								230301	1.167.270	20	186.800	0	0	0	0	EPS002	1.167.270	20	0	14-23	1.167.270	20	5	0	CCF22	1.167.270	20	0	0	0	0	0	0
16	CC 14013920	JIMENEZ REINOSO JOSE ALFREDO	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
17	CC 50860323	UBARNES DIAZ IRMA ISABEL	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.500	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
18	CC 6798744	TOVAR MACHADO ANDY LUIS	1	0			S																	25-14	758.726	13	121.400	0	0	0	0	EPS002	758.726	13	30.400	14-23	758.726	13	5	52.900	CCF22	758.726	13	30.400	0	0	0	0	0
19	CC 6798744	TOVAR MACHADO ANDY LUIS	1	0			S									X								25-14	992.180	17	158.800	0	0	0	0	EPS002	992.180	17	0	14-23	992.180	17	5	0	CCF22	992.180	17	0	0	0	0	0	0
20	CC 80144910	RODRIGUEZ PINEDA WILLIAM JOHNY	1	0			S																	25-14	700.362	12	112.100	0	0	0	0	EPS017	700.362	12	28.100	14-23	700.362	12	5	48.800	CCF22	700.362	12	28.100	0	0	0	0	0
21	CC 80144910	RODRIGUEZ PINEDA WILLIAM JOHNY	1	0			S									X								25-14	1.050.543	18	168.100	0	0	0	0	EPS017	1.050.543	18	0	14-23	1.050.543	18	5	0	CCF22	1.050.543	18	0	0	0	0	0	0
22	CC 80748984	FANDIÑO PEÑA ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
23	PT 3161886	GUTIERREZ MARQUEZ REINALDO ISIDRO	1	0			S		X															25-14	116.727	2	18.700	0	0	0	0	EPS017	116.727	2	4.700	14-23	116.727	2	5	8.200	CCF22	116.727	2	4.700	0	0	0	0	0
24	PT 3450588	FERNANDEZ DELGADO FERNANDO HUMBERTO	1	0			S		X															25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF22	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
25	PT 5024133	SALINAS SAAVEDRA FRANKLIN JAVIER	1	0			S																	25-14	758.726	13	121.400	0	0	0	0	EPS017	758.726	13	30.400	14-23	758.726	13	5	52.900	CCF22	758.726	13	30.400	0	0	0	0	0
26	PT 5024133	SALINAS SAAVEDRA FRANKLIN JAVIER	1	0			S									X								25-14	992.180	17	158.800	0	0	0	0	EPS017	992.180	17	0	14-23	992.180	17	5	0	CCF22	992.180	17	0	0	0	0	0	0
27	PT 5141515	CONTRERAS ALBERTO JESUS	1	0			S																	25-14	350.181	6	56.100	0	0	0	0	EPS017	350.181	6	14.100	14-23	350.181	6	5	24.400	CCF22	350.181	6	14.100	0	0	0	0	0
28	PT 5141515	CONTRERAS ALBERTO JESUS	1	0			S									X								25-14	1.400.724	24	224.200	0	0	0	0	EPS017	1.400.724	24	0	14-23	1.400.724	24	5	0	CCF22	1.400.724	24	0	0	0	0	0	0
29	PT 5298765	PINEDA CESAR GABRIEL	1	0			S		X															25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	CCFC55	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF22	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
30	PT 5367074	PINEDA JULIO	1	0			S																	25-14	933.816	16	149.500	0	0	0	0	EPS017	933.816	16	37.400	14-23	933.816	16	5	65.000	CCF22	933.816	16	37.400	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901315886-1	INDUTECHOS SAS	carrera 14b#146-33 oficina 1108	3229701671	arsosoluciones.ing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C – MIPYME	MALU 01	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
		76231371	20/04/2026	25	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$27,897,759	$7.376.800	

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	Estudiante	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
31	PT 5367074	PINEDA JULIO	1	0			S									X								25-14	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS017	817.089	14	0	14-23	817.089	14	5	0	CCF22	817.089	14	0	0	0	0	0	0
32	PT 6383067	MERCADO CORTEZ JESUS GABRIEL	1	0			S	X																230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.364	1	2.400	14-23	58.364	1	5	4.100	CCF22	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
33	PT 6494532	AVILA CARDALES JOSE LUIS	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-23	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	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

ANEXO 3. INDUCCIONES Y REINDUCCIONES

ANEXO 3. INDUCCIONES Y REINDUCCIONES

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

SAFRID ingeniería sas	Acta de induccion y reinduccion	Codigo: SAF-FOR-025
		Fecha: Nov 2024
		Version:3.0

NOMBRE TRABAJADOR: DANIEL FERNANDES	C.C: 89-7725
CARGO: ALUDANTE	FECHA: 15/04/26

Se realiza inducción en Seguridad, Salud en el Trabajo , teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Organigrama de la empresa
1. Generalidades de la Empresa
2. Sistema de riesgos laborales (derechos y deberes)
3. Política del SG-SST
4. Politica de No Alcohol y Drogas
6. Reglamento Interno de Trabajo
7. Reglamento de Higiene y Seguridad
8. Comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan de Emergencia
10.Funcionamiento de la Brigada de Emergencia.
11. Identificacion de Peligros
12. Comité de Convivencia
13. Funciones y Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo
14. Reporte de accidente e incidente.
15. Reporte de Actos Inseguros y Condiciones Peligrosas
16. Uso de elementos de proteccion personal.
17. Protocolo de bioseguridad COVID - 19
18. Notificación de riesgos

El trabajador se compromete a:

- Cumplir con todas las políticas, normas y controles de la Empresa.
- Auto cuidarse en el desarrollo de sus actividades, vigilar por su salud y reportar enfermedades o accidentes de trabajo que se le presenten.
- Reportar inquietudes al Comite Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo,referentes al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Asistir a todas las actividades propuestas por la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
DANIEL FERNANDES	ALUDANTE	DANIEL

FIRMA DE LA EMPRESA

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
Adrian Martinez	Insp. SST	

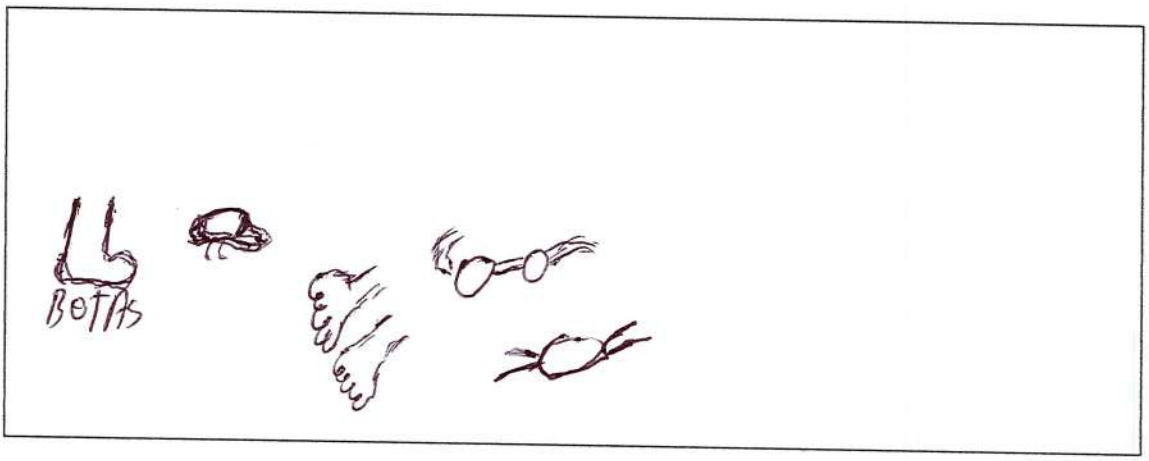
Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco A.	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró.	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	**Evaluación de Inducción y reinducción SST**	**Código: SAF-FOR-026**
		Fecha: Abril 2022
		Versión: 1.0

FECHA: 15/04/26	
NOMBRE: DANIEL FERNANDES	PUNTAJE OBTENIDO:

1. Complemente las siguientes respuestas:
   a) Definición de autocuidado:
   uso De IMPLEMENTOS De TRABAJO
   b) Mencione 4 tipos de peligros existentes al ejecutar su trabajo:
   como caerse De un ANDAMIO
   c) Donde está ubicado el punto de encuentro
   Entrado del colegio

2. Dibuje cinco (5) Elementos de Protección Personal:



3. A quien debo reportar mi ausencia si he sufrido un accidente laboral, accidente o enfermedad general:
   mando De OBRA

4. Que elementos de señalización y uso debo visualizar ante una evacuación o emergencia:
   a. Extintor
   b. Punto de Encuentro
   c. camilla
   d. Botiquín
   e. Ruta De Evacuación

Elija falso (F) o verdadero (V) a la siguiente afirmación:

5. El orden y aseo de mi sitio de trabajo es tan importante para evitar un accidente de trabajo (V).

Nombre:	DANIEL FERNANDO
Cedula	89-27-28
Firma:	DANIEL
Fecha:	15/04/26
Evaluador:	

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTOS

El control y registros del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST se realizan mediante los cambios generados al presente documento.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas.	Ing. Miguel Cerón M.	Ing. Miguel Cerón M.

Versión	Fecha	Detalle	Responsable
1.0	Abril/2022	Elaboración de Documento	SST

ANEXO 3. INDUCCIONES Y REINDUCCIONES

COLEGIO ESTRELLA DEL SUR SEDE D

SAFRID Ingeniería SAS	Acta de induccion y reinduccion	Codigo: SAF-FOR-025
		Fecha: Nov 2024
		Version: 3.0

NOMBRE TRABAJADOR: Jhon Alexey Hernandez Piedrahita	C.C: 1079.037.328
CARGO: Oficial	FECHA: 16-04-2026

Se realiza inducción en Seguridad, Salud en el Trabajo , teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Organigrama de la empresa
1. Generalidades de la Empresa
2. Sistema de riesgos laborales (derechos y deberes)
3. Politica del SG-SST
4. Politica de No Alcohol y Drogas
6. Reglamento Interno de Trabajo
7. Reglamento de Higiene y Seguridad
8. Comite paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan de Emergencia
10.Funcionamiento de la Brigada de Emergencia.
11. Identificacion de Peligros
12. Comite de Convivencia
13. Funciones y Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo
14. Reporte de accidente e incidente.
15. Reporte de Actos Inseguros y Condiciones Peligrosas
16. Uso de elementos de proteccion personal.
17. Protocolo de bioseguridad COVID - 19
18. Notificacion de riesgos

El trabajador se compromete a:

- Cumplir con todas las politicas, normas y controles de la Empresa.
- Auto cuidarse en el desarrollo de sus actividades, vigilar por su salud y reportar enfermedades o accidentes de trabajo que se le presenten.
- Reportar inquietudes al Comite Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo,referentes al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Asistir a todas las actividades propuestas por la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
Jhon Alexey Hernandez Piedrahita	Oficial	

FIRMA DE LA EMPRESA

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
Josbedy Gomez	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco A.	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró.	Revisó	Aprobó

ANEXO 3. INDUCCIONES Y REINDUCCIONES

COLEGIO COMPARTIR EL RECUERDO

SAFRID	Acta de induccion y reinduccion	Codigo: SAF-FOR-025 Fecha: Nov 2024 Version: 3.0

NOMBRE TRABAJADOR: Juan C Benavides León	C.C: 1428665
CARGO: Oficial	FECHA: 14-04-26

Se realiza inducción en Seguridad, Salud en el Trabajo , teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Organigrama de la empresa
1. Generalidades de la Empresa
2. Sistema de riesgos laborales (derechos y deberes)
3. Politica del SG-SST
4. Politica de No Alcohol y Drogas
6. Reglamento Interno de Trabajo
7. Reglamento de Higiene y Seguridad
8. Comite paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan de Emergencia
10. Funcionamiento de la Brigada de Emergencia.
11. Identificacion de Peligros
12. Comité de Convivencia
13. Funciones y Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo
14. Reporte de accidente e incidente.
15. Reporte de Actos Inseguros y Condiciones Peligrosas
16. Uso de elementos de proteccion personal.
17. Protocolo de bioseguridad COVID - 19
18. Notificación de riesgos

El trabajador se compromete a:

- Cumplir con todas las políticas, normas y controles de la Empresa.
- Auto cuidarse en el desarrollo de sus actividades, vigilar por su salud y reportar enfermedades o accidentes de trabajo que se le presenten.
- Reportar inquietudes al Comite Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo,referentes al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Asistir a todas las actividades propuestas por la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
Juan C Benavides	Oficial	

FIRMA DE LA EMPRESA

NOMBRE:	CARGO	FIRMA:
Jasbleidy Gonzalez	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco A.	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró.	Revisó	Aprobó

ANEXO 4. SOPORTE DE ASISTENCIA

ANEXO 4. SOPORTES DE ASISTENCIAS

COLEGIO TEJARES

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 24/03/2026
DURACIÓN:	30 min
TEMA:	Inducción al SG-SST y Politicas de Seg, Notificación de Rie.
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	02

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Saul Silgado	5484774	maestro	
2	Adrian Gonzalez	5430452	Oficial	adrian
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 26/03/2026
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Manejos de Emergencias y Evacuación
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	02

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Adrian Gonzalez	5434452	Oficial	adrian
2	Saul Sigueo	5484714	maestro	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 30/03/2026
DURACIÓN:	25 min
TEMA:	Primeros Auxilios Basicos.
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	02

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Siguco	5484714	Maestro	
2	Adrian Gonzalez	5430452	Oficial	adrian
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	x	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 01/04/2026
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Señalización, Rutas, y puntos de encuentros.
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	05

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Adrian Gonzalez	5430452	oficial	adrian
2	Saul Siguaco	5484714	maestro	
3	Fabian Criollo Ospina	1.000.000.000	oficial	
4	wilmer EDILSON Valbuena	93239652	AYUdante	wilmer
5	Jordi Criollo Criollo	1033752982	maestro	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares.

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	x	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 13/04/2026
DURACIÓN:	25. min
TEMA:	Uso Correcto de EPP
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Yerdi Giraldo Giraldo	1033752987	maestro	
2	Wilmer EDISON Valbuena	93239659	AYUdante	wilmer valbuena
3	Fabian Giraldo Ospina	1000[illegible]0	of	
4	Saul Sigala	54847[illegible]4	maestro	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	x	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 14/04/2026
DURACIÓN:	30 min
TEMA:	Señalización de Seguridad en Obra
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a ,

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Fabian Giraldo Ospina	1000808490	of	
2	Yordi Giraldo Giraldo	7033752987	maestro	
3	Saul Silgaco	5484714	maestro	
4	wilmer EDISON Valbuena	93239652	AYUdante	wilmer
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004 Fecha: Abril 2022 Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 17/04/2026
DURACIÓN:	35 min
TEMA:	Herramientas manuales: Uso Seguro
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Saul Silguco	5484714	maestro	
2	Fabian Gonzalo Ospina	1020810890	OF	
3	Yordi Gonzalo Gonzalo	1033757987	maestro	
4	Wilmer EDILSON Valbuena	93239652	AYUDATE	wilmer
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004 Fecha: Abril 2022 Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 18/04/2026.
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Responsabilidades SST
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Yordi Geraldo Geraldo	1033729484	maestro	
2	Saul Silgado	34847141	maestro	
3	Wilmer EDILSON Valbuena	93239652	Ayudante	Wilmer
4	Fabian Geraldo Ospina	1006810890	OF	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 20/04/2026
DURACIÓN:	30 min
TEMA:	Riesgos Mecanicos
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	02 Personas.

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Fabian Cirgld.	1000808810	of	
2	Yordi Cirgldo	1033752997	maestro	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Tejares.

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 4. SOPORTES DE ASISTENCIAS

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTÁ DC / DIEGO MONTAÑAS
DURACIÓN:	25 min
TEMA:	Inducción al SG-SST y Políticas de Seg. Not. de Riesgos
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 PERSONAS

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Junior Rodrigues	1116828053	Oficial	Junior
2	Adrian Gonzalez	5430452	oficial	Adrian
3	San Siguco	5484714	maestro	
4	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
-Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTA D.C / COL DIEGO MONTAÑAS
DURACIÓN:	15 min
TEMA:	Manejo de Emergencias y Evacuaciones
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	03 PERSONAS

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
2	Adrian Gonzales	54304 52	Oficial	Adrian
3	Junior Rodriguez	1116828053	OFICIAL	JUNIOR
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	**REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION**	**Codigo:** SAF-FOR-004 **Fecha:** Abril 2022 **Version:**03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTÁ DC / COL DIEGO MONTAÑAS
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Primeros Auxilios Basicos
EXPOSITOR:	Adrian Martinez.
TOTAL ASISTENCIA:	03 PERSONAS

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Adrian Gonzales	5130452	oficial	Adrian
2	Junior Rodriguez	1116828093	oficial	Junior
3	RAMON RAMON CASTILLO	69354142	AYUDANTE	RAMON
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTÁ DC / COL. DIEGO MONTAÑAS
DURACIÓN:	25 min
TEMA:	Señalización, Rutas y Puntos de Encuentros
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	03 PERSONAS

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Junior Rodrigues	1116282053	oficial	Junior
2	Adrian Gonzalez	5130452	oficial	Adrian
3	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 14/04/2026
DURACIÓN:	25 min
TEMA:	Uso Correcto de EPP
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	03 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Junior Rodrigues	1116828053	OFICIAL	Junior
2	Adrian Gonzales	5'130 452	OFICIAL	Adrian
3	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	Ramon
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Diego Montañas.

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 15/04/2026
DURACIÓN:	30 min
TEMA:	Señalización de Seguridad en Obra.
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
2	Adrian Gonzalez	5430452	oficial	Adrian
3	DANIEL FERNANDEZ	89-7728	ALUDANTE	DANIEL
4	Junior Rodriguez	1116828053	oficial	JUNIOR
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Diego Montañas.

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	x	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 16/04/2026
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Herramientas manuales: Uso Seguro
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Junior Rodrigues	1116828053	OFICIAL	Junior
2	Ramon Castillo	6935472	AYUDANTE	Ramon
3	Daniel Fernanda	89-2728	AYUDANTE	Daniel
4	Adrian Gonzales	54130452	OFICIAL	Adrian
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Diego Montañas.

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004 Fecha: Abril 2022 Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C 17/04/2026
DURACIÓN:	20 min
TEMA:	Responsabilidades SST
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Adrian Gonzales	5430152	oficial	Adrian
2	Junior Rodrigues	1116 828 053	oficial	Junior
3	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
4	DANIEL FERNANDES	89-7728	AYUDANTE	DANIEL
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Colegio Diego Montañas

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá D.C. 22/04/2026
DURACIÓN:	30 min
TEMA:	Riesgos Mecanicos
EXPOSITOR:	Adrian Martinez
TOTAL ASISTENCIA:	04 Personas

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Junior Rodrigues	1118278053	oficial	Junior
2	Adrian Gonzales	5430452	oficial	Adrian
3	DANIEL CABANDE	89 2728	AUXILIAR	DANIEL
4	RAMON CASTILLO	6935472	AYUDANTE	RAMON
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 4. SOPORTES DE ASISTENCIAS

COLEGIO COMPARTIR EL RECUERDO

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogota. 03 viernes abril 2026. Campestre.
DURACIÓN:	30 minuto.
TEMA:	Induccion SGSST y Politica de seguridad notificacion de riesgo
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez
TOTAL ASISTENCIA:	3

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier sintoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Gilberto Zugaste	6195800	oficial	Gilberto
2	Antonio Pena	6195402	Ayudante	Antonio
3	Jesús Gonzalez	6636447	oficial	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 07 abril 2022 Compartir.
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Manejo de emergencia y evacuación
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	5

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jesús Gonzalez	6636447	Oficial	
2	Gilbert Delgado	8195800	Oficial	
3	Sebastián Cuéllar	5991093	Oficial	
4	Antonio Leon	5195102	Ayudante	
5	Roberto León	11166441	Maestro	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:		REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 10 abril 2022 Compartir.
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Primeros auxilios Basico
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	7

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	JUAN C BENAVIDES	1428665	Soldador	
2	Jesús Gonzalez	6636447	Oficial	
3	Antonio Leon	6195402	Ayudante	Antonio
4	[illegible]	5991498	[illegible]	
5	Yulbet Duarte	6195800	Oficial	Yulbet
6	JUAN C BENAVIDES	1428665	OFICIAL	
7	Roberto Peón	1116644	Maestro	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID Ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 13 abril 2022 Compartir.
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Señalización rutas y puntos de encuentro
EXPOSITOR:	Osbeidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	7

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	JUAN C BENAVIDES	1428665	Soldador	
2	Jesus Gonzalez	6636447	Oficial	
3	Antonio [illegible]	6195402	Ayudante	Antonio
4	Rodolfo Ureña	5941948	Oficial	
5	Gilbert Duarte	6195800	Oficial	Gilbert
6	JUAN C BENAVIDES	1428665	OFICIAL	
7	Roberto Leon	1166 48	Maestro	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogota 15 abril Compartir
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	EPP Correctos -
EXPOSITOR:	Yesberly Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	6

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jesus Gonzalez	6636447	Oficial	
2	Antonio [illegible]	6195469	Ayudante	Antonio
3	Yulbert Dugarte	6195800	Oficial	Yulbert
4	[illegible]	5941093	[illegible]	
5	JUAN DONADIOS	1428665	OFICIAL	
6	ROBERTO Zeón	1116694	MAESTRO	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 17 abril 2022 Acmautir.
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Finalización de seguridad en obra.
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	6

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jesus Gonzalez	6636447	Oficial	
2	Antonio [illegible]	6195807	Ayudante	Antonio
3	Gilbert Delgado	6195800	Oficial	Gilbert
4	[illegible]	5941493	Oficial	
5	JUAN C BENAVIDES	1428665	OFICIAL	
6	Roberto Peña	11166414	Maestro	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID Ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 20 Abril 2022 (Tarde)
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Herramientas manuales uso seguro.
EXPOSITOR:	Jusbedy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	

El trabajador firma en constancia de:
1. Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2. Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3. Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4. Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Tesis Gonzalez	6636447	Oficial	
2	Antonio Leon	6195409	Ayudante	Antonio
3	Yulbert Dugarte	6195800	Oficial	Yulbert
4	Ruben Luis	5941496	Oficial	
5	IVAN C BENAVIDES	1428665	OFICIAL	
6	Roberto Leon	1116644	Maestro	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:		REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 22 abril 2022 Compañía.
DURACIÓN:	30 minutos.
TEMA:	Responsabilidades SST →
EXPOSITOR:	Josbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	6

El trabajador firma en constancia de:
1. Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2. Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3. Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4. Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jesús Gonzalez	6636447	Oficial	
2	Antonio Leon	6195402	Ayudante	Antonio
3	Gilbert Duarte	6195800	Oficial	Gilbert
4	Rubén Lara	5941498	Oficial	
5	JUAN C BENAVIDES	1426665	OFICIAL	
6	Roberto Leon	11166614	Maestro	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	**REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION**	**Codigo:** SAF-FOR-004 **Fecha:** Abril 2022 **Version:**03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:		REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogota 24 abril 2026 Nompuesto.
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Riesgo mecanico
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	3

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Rebeca Arcos	5991493	[illegible]	[illegible]
2	Antonio de Cas	6195462	Ayudante	Antonio
3	Yulbert Angarita	6195800	Oficial	Yulbert
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 4. SOPORTES DE ASISTENCIAS

COLEGIO FANNY MIKEY

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:					
INDUCCION:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 9 Abril 2026 Jenny mickeen
DURACIÓN:	30 minutos
TEMA:	Inducción SG-SST Políticas de seguridad notificación peligros
EXPOSITOR:	Jasbleidy González.
TOTAL ASISTENCIA:	1

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Fernando moreno	1026670739	N	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 4. SOPORTES DE ASISTENCIAS

COLEGIO ESTRELLA DEL SUR SEDE D

SAFRID Ingeniería SAS	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAS-SGI-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:		REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 10 abril 2022 Estrella D.
DURACIÓN:	29 minutos
TEMA:	Inducción SST y PVEHD de Seguridad vial (Conducción defensiva)
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	2

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Diego Ochoa	1023887082	Oficial Electr	
2	Daniel Calderon	1006095663	Ayu Destruco	Daniel Calderon
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y FORMACION	Codigo: SAF-FOR-004
		Fecha: Abril 2022
		Version:03

CHARLA:		CAPACITACIÓN:	X	REUNIÓN:	
INDUCCION:		REINDUCCIÓN:		OTROS:	

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá 17 abril 2026 Estellar.
DURACIÓN:	30 minutos.
TEMA:	Inducción al SG-SST y Políticas Seguridad Resp. Notificación
EXPOSITOR:	Jasbleidy Gonzalez.
TOTAL ASISTENCIA:	1

El trabajador firma en constancia de:
1.Ha recibido y entendido el contenido de la charla relacionada en el presente formato
2.Se encuentra en buenas condiciones de salud.
3.Conoce el mecanismo de comunicación establecido por la empresa en caso de presentarse algun AT o incidente.
4.Se compromete a reportar durante la jornada laboral cualquier síntoma asociado a

No	NOMBRE DEL EMPLEADO	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexey Hernandez Piedrahita	1.019.037.378	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA EXPOSITOR

Yinna Blanco Arenas		
Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 5. ENTREGA DE EPP

ANEXO 5. ENTREGAS DE EPP

COLEGIO TEJARES

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Saul Silgado	PPT	5484718	OF	C. Tegares

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	10/04/26	
2	Gafas	1	10/04/26	
3	Tapabocas	1	10/04/26	
4				
5	Guantes	1	27/04/26	
6	Gafas	1	27/04/26	
7	Tapabocas	1	27/04/26	
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121717	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Gerón	Ing. Miguel Gerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Fabian Giraldo	CC	1000810890	Ay	C. Tejares

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	10/04/26	
2	Gafas	1	10/04/26	
3	Tapabocas	1	10/04/26	
4				
5	Guantes	1	27/04/26	
6	Gafas	1	27/04/26	
7	Tapabocas	1	27/04/26	
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Wilmer Valbuna	CC	93239652	Ay	C. Tejares

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Cuantes	1	10/04/26	wilmer Valbuena
2	Gafas	1	10/04/26	Wilmer Valbuena
3	Tapabocas	1	10/04/26	wilmer valbuena
4				
5	Cuanto	1	27/04/26	wilmer Valbuena
6	Gafas	1	27/04/26	wilmer Valbuena
7	Tapabocas	1	27/04/26	wilmer valbuena
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Gerón	Ing. Miguel Gerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 5. ENTREGAS DE EPP

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Junior Rodriguez	CC	1116828053	Of	C. Diego Montaña.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	07/04/26	Junior
2	Gafas	1	07/04/26	Junior
3	Tapabocas	1	07/04/26	Junior
4				
5	Guantes	1	20/04/26	Junior
6	Gafas	1	20/04/26	Junior
7	Tapabocas	1	20/04/26	Junior
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064127217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Gerón	Ing. Miguel Gerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Adrian Gonzalez	PPT	5430452.	OF	C. Diego Montaño.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (induyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	07/04/26	AdrianV
2	Gafas	1	07/04/26	AdrianV
3	Tapabocas	1	07/04/26	AdrianV
4				
5	Guantes	1	20/04/26	AdrianV
6	Gafas	1	20/04/26	AdrianV
7	Tapabocas	1	20/04/26	AdrianV
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Gerón	Ing. Miguel Gerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingeniería sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Ramon Castillo	PPT	6935472	Ay	C. Diego Montaña

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMIEMTOS ARDICAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (induyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	07/04/26	RAMON
2	Gafas	1	07/04/26	RAMON
3	Tapabocas	1	07/04/26	RAMON
4				
5	Guantes	1	20/04/26	RAMON
6	Gafas	1	20/04/26	RAMON
7	Tapabocas	1	20/04/26	RAMON
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

SAFRID ingenieria sas Obras civiles y arquitectura	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061 FECHA: 2022 VERSIÓN: 03 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Daniel Hernandez	PPT	892827	Ay	Col. Diego Montana

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMEIMTOS ARDISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, fisico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	16/04/26	DANIEL
2	Guantes	1	16/04/26	DANIEL
3	Gafas	1	16/04/26	DANIEL
4	Tapabocas	1	16/04/26	DANIEL
5	Tapaoidos	1	16/04/26	DANIEL
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 5. ENTREGAS DE EPP

COLEGIO COMPARTIR EL RECUERDO

G&R INGENIEROS SAS	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	Código: GR-001 Fecha: Versión 1

NOMBRE COMPLETO	Julian cely	AREA DE TRABAJO: Obra	CARGO: Arq Residente. GyR.
CEDULA			

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PROCESO	Botas de seguridad	Impermeable	Overol	Casco	Gafas de seguridad	Guantes de carnaza	Guantes de Hilaza	Guantes de látex	Guantes de monogafas	Tapabocas	FIRMA Y FECHA
Antonio Leon	6195402	Oficial					X			X		X	Antonio 10/04/25
Robert Leon	5941498	Obra					X			X		X	10/04/25
Flores Javier	6636947	Obra					X	X		X		X	10/04/25
Julian Duarte	6143900	Obra					X			X		X	10/04/25
JUAN C Rosado	1428665	Obra					X	X		X		X	10/04/25
Rohosie Leon	1116644	Obra					X			X		X	10/04/25

Julian Jimenez

RESPONSABLE

	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	Código: GR-001 Fecha: Versión 1

NOMBRE COMPLETO	Julian cely	AREA DE TRABAJO: Obra	CARGO: Ayd. Residente Brek.
CEDULA			

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PROCESO	Botas de seguridad	Impermeable	Overol	Casco	Gafas de seguridad	Guantes de carnaza	Guantes de Hilaza	Guantes de látex	Guantes de monogafas	Tapabocas	FIRMA Y FECHA
[illegible]	6.956.102	Obra							X			X	Antonio 21/04/25
Daniella Arias	5941493	Obra							X			X	21/04/25
Jesus Gonzalez	6636499	Obra						X	X				21/04/25
Wilmer Delgado	6.959.00	Obra							X				21/04/25
JUNC BARRIOS	1428665	Obra						X	X				

RESPONSABLE

ANEXO 5. ENTREGAS DE EPP

COLEGIO ESTRELLA DEL SUR SEDE D

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: FOR-SAF-061
		FECHA: 2022
		VERSIÓN: 03
		Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Jhon Hernandez	C.C.	1071.037.328	Oficial	Vapez Costco Estrella D.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por CONSORCIO MANTENIMIENTOS APOISAF con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyan a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979 Art. 122 sobre elementos de protección personal. "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12) Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolucion 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área SST para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Vaqueta	1	16-04-26	
2	Gafas claras	1	16-04-26	
3	Tapa bocas	1	16-04-26	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	16-04-26	
2	Gafas claras	1	16-04-26	
3	Tapa bocas	1	16-04-26	
4				
5				
6				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jabadiego	1012334788	Ing SST	

Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Elaboró	Revisó	Aprobó

ANEXO 6. ATS Y PERMISOS

ANEXO 6. PERMISOS Y ATS

COLEGIO OFELIA URIBE

S1

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Ofelia Uribe
Fecha de Inicio 30/03/2026	Fecha de final: 03/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Instalación de Luminarias.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Rafael Numa [illegible]	CC	71221103	Guardián	Rafael	Rafael	Rafael				
fernando Gomez	CC	1143548478	ayudante							
Alexander Loaiza	CC	80246690	oficial							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Daniel Valtero	80'500436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Rafael Murillo	71 221 103	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.721.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M.	Ing. Miguel Cerón M.

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO: 30/03/2026

2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD: Cd. Ptella Uribe - Biblioteca

3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD: 3mt

4.FECHA DE INICIO: 30/03/2026 — FECHA FINAL: 06/04/2026

5.HORA DE INICIO : 800 am — HORA FINAL: 5:00 pm

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Instalación de Luminarias

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

Herramientas Menores.

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

Andamios, Arnés, Eslingas, Casco, Guantes, Gafas

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	Rafael Arevalo	7722163	20/01/26	07/04/26	07/11/25	
2	Fernando Gomez	1193578475	27/01/26.	07/04/26	17/07/26	
3	Alexander Hoyos	8024/6690	20/07/26	07/04/26	07/11/25	
4						
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÒN

Equipos de Protección Contra Caidas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí ☒	No ☐	Línea de vida vertical portátil	Sí ☐	No ☒	Punto de anclaje fijo	Sí ☒	No ☐	Mosquetón	Sí ☐	No ☒
línea de vida vertical	Sí ☐	No ☒	Eslinga en y con adsorbedor	Sí ☒	No ☐	Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí ☐	No ☒	Freno Arrestador	Sí ☐	No ☒
línea de vida horizontal	Sí ☐	No ☒	Eslinga de posicionamiento	Sí ☒	No ☐	Silla de suspensión	Sí ☐	No ☒	Descendedor	Sí ☐	No ☒

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÒN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí ☒	No ☐	Ayudante de seguridad	Sí ☒	No ☐	Barandas	Sí ☒	No ☐	PermisoT.A	☐	Sí ☐ No ☒

Señalizaciòn del area	Si X No	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Si X No	Control de acceso	Si X No	Otro_ ¿Cuál?	

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Si No X	Andamio tubular	Si X No	Escaleras fijas	Si No X	Escaleras portatiles	Si X No

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C	C	C				
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C	C	C				
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C	C	C				
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C	C	C				
Se han verificado los sistemas de anclaje	C	C	C				
Caidas de diferente nivel	C	C	C				
Caida al mismo nivel	C	C	C				
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C	C	C				
Cambio brusco de temperatura	C	C	C				
Contacto con corriente electrica	C	C	C				
Contacto con partes en movimiento	C	C	C				
Agentes infecciosos	C	C	C				
Presencia de gases y vapores	C	C	C				
Movimientos repetitivos	C	C	C				
Adopcion de posturas inadecuadas	C	C	C				
Caida de objetos	C	C	C				
Manipulacion de elementos cortates	C	C	C				
Proyeccion de particulas	C	C	C				
Manejo de herramientas manuales	C	C	C				
Exposicion a ruido	C	C	C				
Condicion de orden y aseo	C	C	C				
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C	C	C				

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales, pines, llantas o husillo nivelador ?	C	C	C				
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C	C	C				
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C	C	C				
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C	C	C				
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C	C	C				
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C	C	C				
El andamio esta aislado de líneas o equipos energizados?	C	C	C				
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C	C	C				

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C	C	C				
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C	C	C				
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C	C	C				
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C	C	C				
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C	C	C				

VERIFICACIÓN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C	C	C				
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C				
Las correas del equipo son ajustables?	C	C	C				
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C				
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C	C	C				
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C				
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C	C	C				
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C				
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C	C	C				
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C	C	C				

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C				
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C	C	C				
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C	C	C				

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C				
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C	C	C				
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C	C	C				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C	C	C				
Guantes de seguridad	C	C	C				
Gafas de seguridad	C	C	C				
Tapaoidos	C	C	C				
Careta de esmerilar	N/A	N/A	N/A				
Careta de soldador	N/A	N/A	N/A				
Ropa de trabajo	C	C	C				
Arnes	C	C	C				
Eslinga	C	C	C				
Tie off	N/A	N/A	N/A				

OBSERVACIONES:

APROBACION DEL PERMISO				CIERRE DE PERMISO			
ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217		Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel Waltero	80150043C		Residente de obra	Daniel Waltero	80500436	
Maestro o encargado de la actividad	Rafael A	71221103		Maestro o encargado de la actividad	Rafael A.	71221103	
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217		coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

ANEXO 6. PERMISOS Y ATS

COLEGIO TEJARES

S1.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4.	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Tejares
Fecha de Inicio 30/03/2026.	Fecha de final: 03/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Instalación de Estructura y drywall.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Saul Silgado	PPT 5484714	Maestro							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Daniel Walteros	80' 500 436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Saul Siguco	5484714	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.727.277	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M.	Ing. Miguel Cerón M.

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA 30 MES 03 AÑO 26

HORA DE INICIO: 8:00 am

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 05 MES 04 AÑO 26

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adec. Arsaf.

ÁREA O LUGAR: Oficinas

N° CONTRATO: 3416 - 2025

ACTIVIDAD A REALIZAR: Corte de Estructura y drywall

N° PERSONAS EJECUTORAS: 04

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidoras

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales

	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Saul Sigado	5487716	maestro	
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión:

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha). NINGUNA

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

SZ

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" - LOTE 4.	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Tesares
Fecha de Inicio 06/04/2026	Fecha de final: 12/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Instalación de Estructura Metalica.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO		CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Saul Siguas	PPT	5V847714	maestro							
Adrian Gonzalez	PPT	5430452	adrian	adrian	adrian	adrian	adrian	adrian	adrian	
Fabian Giraldo	ppt	1006810840	Oficial							
Wilmer Valbuena	CC	93239659	Ayudante					wilmer	wilmer	
Yordi Giraldo	cc	1033352982	maestro							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calentes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Daniel Walton	80'500436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Savi Silgado	5484714	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
ADRIÁN MARTÍNEZ	1.064.121.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M	Ing. Miguel Cerón M

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO: 06/04/2026

2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD: Colegio Tejares - Baños

3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD: 3 mts

4.FECHA DE INICIO: 06/04/2026 — FECHA FINAL: 10/04/2026

5.HORA DE INICIO : 7:00 AM — HORA FINAL: 5:00 PM

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Instalación de Estructura Metalica.

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

HERRAMIENTAS MENORES, PULIDORAS

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

ANDAMIOS, ARNÉS, ESLINGAS, LÍNEA DE VIDA, CASCOS, GAFAS GUANTES

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	Saul Siguenza	548X7 M	12/03/26	22/04/26	10/03/26	
2	Adrian Gonzalez	5V34452	12/03/26	22/04/26	10/03/26	adrian
3	Fabian Criollo	[illegible]	27/07/26	22/04/26	25/01/26	
4						
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÒN

Equipos de Protección Contra Caídas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí X	No	Línea de vida vertical portátil	Sí	No X	Punto de anclaje fijo	Sí X	No	Mosquetón	Sí X	No
línea de vida vertical	Sí X	No	Eslinga en y con adsorbedor	Sí X	No	Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí	No X	Freno Arrestador	Sí X	No
línea de vida horizontal	Sí	No X	Eslinga de posicionamiento	Sí X	No	Silla de suspensión	Sí	No X	Descendedor	Sí X	No

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÒN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí X	No	Ayudante de seguridad	Sí X	No	Barandas	Sí	No X	PermisoT.A	Sí X	No

Señalizaciòn del area	Sí [X] No [ ]	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Sí [ ] No [X]	Control de acceso	Sí [X] No [ ]	Otro_ ¿Cuál?	

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Sí [ ] No [X]	Andamio tubular	Sí [ ] No [X]	Escaleras fijas	Si [X] No [ ]	Escaleras portatiles	Sí [ ] No [X]

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C	C	C	C	C	C	
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C	C	C	C	C	C	
Se han verificado los sistemas de anclaje	C	C	C	C	C	C	
Caidas de diferente nivel	C	C	C	C	C	C	
Caida al mismo nivel	C	C	C	C	C	C	
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C	C	C	C	C	C	
Cambio brusco de temperatura	C	C	C	C	C	C	
Contacto con corriente electrica	C	C	C	C	C	C	
Contacto con partes en movimiento	C	C	C	C	C	C	
Agentes infecciosos	C	C	C	C	C	C	
Presencia de gases y vapores	C	C	C	C	C	C	
Movimientos repetitivos	C	C	C	C	C	C	
Adopcion de posturas inadecuadas	C	C	C	C	C	C	
Caida de objetos	C	C	C	C	C	C	
Manipulacion de elementos cortates	C	C	C	C	C	C	
Proyeccion de particulas	C	C	C	C	C	C	
Manejo de herramientas manuales	C	C	C	C	C	C	
Exposicion a ruido	C	C	C	C	C	C	
Condicion de orden y aseo	C	C	C	C	C	C	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales, pines, llantas o husillo nivelador ?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C	C	C	C	C	C	
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C	C	C	C	C	C	
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C	C	C	C	C	C	
El andamio esta aislado de líneas o equipos energizados?	C	C	C	C	C	C	
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C	C	C	C	C	C	

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C	C	C	C	C	C	
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C	C	C	C	C	C	
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C	C	C	C	C	C	
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C	C	C	C	C	C	
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACIÓN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
Las correas del equipo son ajustables?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C	C	C	C	C	C	

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C	C	C	C	C	C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C	C	C	C	C	C	
Guantes de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Gafas de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Tapaoidos	C	C	C	C	C	C	
Careta de esmerilar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Careta de soldador	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Ropa de trabajo	C	C	C	C	C	C	
Arnes	C	C	C	C	C	C	
Eslinga	C	C	C	C	C	C	
Tie off	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

OBSERVACIONES:

NINGUNA

APROBACION DEL PERMISO				CIERRE DE PERMISO			
ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	ADRIÁN M.	1064121217		Inspector SST	ADRIÁN M.	1064121217	
Residente de obra	Daniel Valtero	80300436		Residente de obra	Daniel Valtero	80300436	
Maestro o encargado de la actividad	Saul Siguco	5484714		Maestro o encargado de la actividad	Saul Siguco	5484714	
coordinador (TA) de obra	ADRIÁN M.	1064121217		coordinador (TA) de obra	ADRIÁN M.	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA (de) 06 | MES (mm) 04 | AÑO (a) 26

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA (de) 12 | MES (mm) 04 | AÑO (a) 26

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 PM

EMPRESA EJECUTORA: CONSORCIO ADEC. ARSAF

Nº CONTRATO: 3416 - 2025

ÁREA O LUGAR: Baños

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 02

ACTIVIDAD A REALIZAR: Corte de estructura Metalica.

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: PULIDORAS

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión: NINGUNA

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Saul. Salgado	5784714	maestro	
2	Adrian Gonzale	5430452	oficial	Adrian
3				
4				
5				
6				
7				

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

—O—

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1				
2				
3				
4				

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

S3.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4.	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Tesares.
Fecha de Inicio 13/04/2026	Fecha de final: 19/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Pintura de estructura metalica, Instalación de Cubierta.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Yordi Giraldo	CC 1033752487	maestro							
wilmer Valbuena	CC. 93839652	AYUdante	wilmer	wilmer	wilmer	wilmer	wilmer	wilmer	
Sauri Sisgado	PPT 5484714	maestro							
Fabian Giraldo	cc 1033752487	cc							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga lerga
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, escluco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calentes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
David Walteros	80'500.436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Yordi Giraldo G.	1033752987	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.727.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M	Ing. Miguel Cerón M

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO:	13/04/2026		
2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD:	Colegio Tejares - Baños		
3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD:	3 mts		
4.FECHA DE INICIO:	13/04/2026	FECHA FINAL:	19/04/2026
5.HORA DE INICIO :	7:00 am	HORA FINAL:	4:00 pm

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Pintura de estructura metálica, Instalación de cubierta.

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

Herramientas menores, Pulidoras, Equipo soldadura

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

Andamios, Arnés, Eslingas, Linea de Vida, Casco, Guantes, Gafas

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	Fabian Giraldo	1000106890	28-01-2026	22-04-2026	26-01-2026	
2	Saul S. Iguco	5484714	12-03-26	22-04-2026	10-03-26	
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Equipos de Protección Contra Caídas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí ☒	No ☐	Línea de vida vertical portátil	Sí ☐	No ☒	Punto de anclaje fijo	Sí ☒	No ☐	Mosquetón	Sí ☐	No ☒
línea de vida vertical	Sí ☐	No ☒	Eslinga en y con adsorbedor	Sí ☒	No ☐	Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí ☐	No ☒	Freno Arrestador	Sí ☐	No ☒
línea de vida horizontal	Sí ☒	No ☐	Eslinga de posicionamiento	Sí ☒	No ☐	Silla de suspensión	Sí ☐	No ☒	Descendedor	Sí ☐	No ☒

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí ☒	No ☐	Ayudante de seguridad	Sí ☒	No ☐	Barandas	Sí ☒	No ☐	PermisoT.A	☐	Sí ☒ No ☐

Señalizaciòn del area	Sí ☑	No ☐	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Sí ☑	No ☐	Control de acceso	Sí ☒	No ☐	Otro_ ¿Cuál?		

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Sí ☐	No ☒	Andamio tubular	Sí ☒	No ☐	Escaleras fijas	Sí ☐	No ☒	Escaleras portatiles	Sí ☐	No ☒

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE, (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C	C	C	C	C	C	
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C	C	C	C	C	C	
Se han verificado los sistemas de anclaje	C	C	C	C	C	C	
Caidas de diferente nivel	C	C	C	C	C	C	
Caida al mismo nivel	C	C	C	C	C	C	
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C	C	C	C	C	C	
Cambio brusco de temperatura	C	C	C	C	C	C	
Contacto con corriente electrica	C	C	C	C	C	C	
Contacto con partes en movimiento	C	C	C	C	C	C	
Agentes infecciosos	C	C	C	C	C	C	
Presencia de gases y vapores	C	C	C	C	C	C	
Movimientos repetitivos	C	C	C	C	C	C	
Adopcion de posturas inadecuadas	C	C	C	C	C	C	
Caida de objetos	C	C	C	C	C	C	
Manipulacion de elementos cortates	C	C	C	C	C	C	
Proyeccion de particulas	C	C	C	C	C	C	
Manejo de herramientas manuales	C	C	C	C	C	C	
Exposicion a ruido	C	C	C	C	C	C	
Condicion de orden y aseo	C	C	C	C	C	C	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales, pines, llantas o husillo nivelador ?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C	C	C	C	C	C	
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C	C	C	C	C	C	
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C	C	C	C	C	C	
El andamio esta aislado de lineas o equipos energizados?	C	C	C	C	C	C	
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C	C	C	C	C	C	

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C	C	C	C	C	C	
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C	C	C	C	C	C	
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C	C	C	C	C	C	
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C	C	C	C	C	C	
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACIÓN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
Las correas del equipo son ajustables?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C	C	C	C	C	C	

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C	C	C	C	C	C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C	C	C	C	C	C	
Guantes de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Gafas de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Tapaoidos	C	C	C	C	C	C	
Careta de esmerilar	C	C	C	C	C	C	
Careta de soldador	C	C	C	C	C	C	
Ropa de trabajo	C	C	C	C	C	C	
Arnes	C	C	C	C	C	C	
Eslinga	C	C	C	C	C	C	
Tie off	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

OBSERVACIONES:

APROBACION DEL PERMISO

ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel W	80'500436	
Maestro o encargado de la actividad	Yordi Gracia	1033752985	
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

CIERRE DE PERMISO

ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel Walteros	80'500436	
Maestro o encargado de la actividad	Yordi Gracia	1033752985	
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA 13 MES 04 AÑO 26 — PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 19 MES 04 AÑO 26

HORA DE INICIO 7:00 am — HORA DE FINALIZACIÓN 4:00 PM

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adecuaciones Arsaf

ÁREA O LUGAR: Barros — Nº CONTRATO: 3416 - 2025

ACTIVIDAD A REALIZAR: Pulida de estructura — Nº PERSONAS EJECUTORAS: 02

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidoras

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?	X		

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES	X	

5 Requerimientos adicionales

	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.	X	
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Saul Siguero	5484714		
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión:

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

S4

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Version: 1,0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Tejares.
Fecha de Inicio 20/04/2026	Fecha de final: 26/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Instalacion de Drywall, Estucado, Resanes y Pinturas.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Lordi Giraldo	CC 1033752487	maestro							
fabian Giraldo	CC 1000[illegible]840	Of.							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Que tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cual es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida?	No aplica
¿Cuales son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuales son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuantos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Que otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, quimicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☑ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
David Walteros	80'500.435	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Yordi Giraldo G.	1033752987	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.121.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Carón M.	Ing. Miguel Carón M.

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DD 20 MM 04 AA 26 — PERMISO VÁLIDO HASTA: DD 26 MM 04 AA 26

HORA DE INICIO: 8:00 am — HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adecuaciones Arsaf — N° CONTRATO: 3416 - 2025

ÁREA O LUGAR: Baños - Pasares — N° PERSONAS EJECUTORAS: 01

ACTIVIDAD A REALIZAR: Cork de Drywall y estructura

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión:

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Yoadi Giraldo	1033752987	maestro	
2				
3				
4				
5				
6				
7				

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1064121217	Insp. SST	
2				
3				
4				

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

S5

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Tejares
Fecha de Inicio 27/04/2026	Fecha de final: 03/05/2026
Descripción de la tarea a realizar: Instalación de PVC.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Yordi Giraldo	CC 1077251727	maestro							
Fabian Giraldo	CC 1000810890	OF							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Que otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☑ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☑ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
David Walteros	80'500.436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Yordi Graciela G.	1033752987	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.721.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Carón M.	Ing. Miguel Carón M.

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA 27 | MES 04 | AÑO 26

HORA DE INICIO: 8:00 am

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 03 | MES 05 | AÑO 26

HORA DE FINALIZACICIÓN: 5:00 pm

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adecuaciones Arsaf

Nº CONTRATO: 3416 - 2025

ÁREA O LUGAR: Baños PH

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 04

ACTIVIDAD A REALIZAR: Corte de PVC

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidoras

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Yoseb Heraldo	1077475987	Maestro	
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1064121212	Insp. SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión:

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

ANEXO 6. PERMISOS Y ATS

COLEGIO DIEGO MONTAÑAS

S1.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Diego Montaña.
Fecha de Inicio 30/03/2026	Fecha de final: 05/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Desinstalación e Instalación de Eterboal, Resanados y Estucado.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO		CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Raman Castillo	PPT	6935472	Ayudante.	Raman					Raman	
Adrian Gonzalez	PPT	54304452	Oficial	Adrian					Adrian	
Junior Rodrigues	CC	1116628053	Oficial	Junior					Junior	
Saul Salgado	PPT	54844	maestro							

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, liana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera. barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Daniel Walteres	80'500431	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Adrian Gonzales	54130452	
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	7.064121217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M.	Ing. Miguel Cerón M.

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO:	30/03/2026		
2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD:	Colegio Diego Montaña - Coimizas		
3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD:	8 mts		
4.FECHA DE INICIO:	30/03/2026	FECHA FINAL:	05/04/2026
5.HORA DE INICIO :	7:00 am	HORA FINAL:	4:00 pm

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Desinstalación e Instalación de cielorraso, Resanes y Estucado

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

Herramientas Menores, Pulidoras.

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

Andamios, Arnés, Eslingas, Linea de Vida, Casco, Guantes

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	Adrian Gonzales	5430152	12/03/26	22/04/26	10/03/26	Adrian
2	Junior Rodrigues	1116828083	12/03/26.	22/04/26	12/03/26	Junior
3	RAMON CASTILLO	69354772	12/03/26	22/04/26.	10/03/26	RAMON
4						
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÒN

Equipos de Protección Contra Caidas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí	X	No		Línea de vida vertical portátil	Sí		No	X	Punto de anclaje fijo	Sí	X	No		Mosquetón	Sí		No	X
línea de vida vertical	Sí		No	X	Eslinga en y con adsorbedor	Sí	X	No		Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí		No	X	Freno Arrestador	Sí		No	X
línea de vida horizontal	Sí		No	X	Eslinga de posicionamiento	Sí	X	No		Silla de suspensión	Sí		No	X	Descendedor	Sí		No	X

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÒN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí	X	No		Ayudante de seguridad	Sí	X	No		Barandas	Sí	X	No		PermisoT.A		Sí	X	No	

Señalizaciòn del area	Sí ☒ No ☐	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Sí ☒ No ☐	Control de acceso	Sí ☒ No ☐	Otro_ ¿Cuál?	

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Sí ☐ No ☒	Andamio tubular	Sí ☒ No ☐	Escaleras fijas	Sí ☐ No ☒	Escaleras portatiles	Sí ☒ No ☐

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C					C	
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C					C	
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C					C	
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C					C	
Se han verificado los sistemas de anclaje	C					C	
Caidas de diferente nivel	C					C	
Caida al mismo nivel	C					C	
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C					C	
Cambio brusco de temperatura	C					C	
Contacto con corriente electrica	C					C	
Contacto con partes en movimiento	C					C	
Agentes infecciosos	C					C	
Presencia de gases y vapores	C					C	
Movimientos repetitivos	C					C	
Adopcion de posturas inadecuadas	C					C	
Caida de objetos	C					C	
Manipulacion de elementos cortates	C					C	
Proyeccion de particulas	C					C	
Manejo de herramientas manuales	C					C	
Exposicion a ruido	C					C	
Condicion de orden y aseo	C					C	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C					C	

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales. pines, llantas o husillo nivelador ?	C					C	
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C					C	
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C					C	
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C					C	
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C					C	
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C					C	
El andamio esta aislado de líneas o equipos energizados?	C					C	
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C					C	

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C					C	
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C					C	
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C					C	
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C					C	
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C					C	

VERIFICACIÓN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C					C	
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C					C	
Las correas del equipo son ajustables?	C					C	
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C					C	
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C					C	
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C					C	
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C					C	
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C					C	
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C					C	
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C					C	

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C					C	
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C					C	
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C					C	

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C					C	
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C					C	
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C					C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C					C	
Guantes de seguridad	C					C	
Gafas de seguridad	C					C	
Tapaoidos	C					C	
Careta de esmerilar	N/A					N/A	
Careta de soldador	N/A					N/A	
Ropa de trabajo	C					C	
Arnes	C					C	
Eslinga	C					C	
Tie off	N/A					N/A	

OBSERVACIONES:

APROBACION DEL PERMISO				CIERRE DE PERMISO			
ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217		Inspector SST	Adrian M.	1064121217	
Residente de obra	Daniel W	80'500 436		Residente de obra	Daniel Walteros	80'500 436	
Maestro o encargado de la actividad	Adrian	5430452	Adrian	Maestro o encargado de la actividad	Adrian	5430452	Adrian
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217		coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA 30 | MES 03 | AÑO 26

HORA DE INICIO: 7:00 am

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 05 | MES 04 | AÑO 26

HORA DE FINALIZACIÓN: 4:00 pm

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adec. Arsaf

ÁREA O LUGAR: Comizas Colegio Montaños

Nº CONTRATO: LP202401363

ACTIVIDAD A REALIZAR: Corte de ebiboa

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 02

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidoras

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales

	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Item	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Gonzales	5730452	Oficial	Adrian
2	Junior Rodrigues	1116828053	Oficial	Junior
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Item	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1.064.711.717	Insp SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión: NINGUNA

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Ceron	Ing. Miguel Ceron
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

52.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4.	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Diego Montañas
Fecha de Inicio 06/04/2026	Fecha de final: 12/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Desinstalacion e Instalación de etriboal, Estucado y Resanes.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Adrian Gonzales	PPT	S1304S2	Oficial	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	
Junior Rodrigues	PDT	1116 828053	oficial	Junior	Junior	Junior	Junior	Junior	Junior	
Saul Siguco	PPT	S4847116	muestro		—	—	—	—	—	
RAMON CASTILLO	PPT	6935472	AYUDANTE	RAMON	RAMON	RAMON	RAMON	RAMON	RAMON	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calentes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Adrian Gonzales		
Daniel Walteros	80'500436	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Adrian Gonzales	541304 52	Adrian
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.721.217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M	Ing. Miguel Cerón M

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO: 06/04/2026

2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD: Colegio Diego Montaña - Cornicas

3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD: 8 mts

4.FECHA DE INICIO: 06/04/2026 — FECHA FINAL: 12/04/2026

5.HORA DE INICIO : 7:00 am — HORA FINAL: 5:00 pm

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Desinstalación e Instalación de eterboard, Resanes y Estucados

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

Herramientas menores, Pulidoras

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

Andamios, Arnés, Eslingas, Linea de Vida, Cascos, Gafas, Guantes.

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	Adrian Gonzales	5430452	12/03/26	22/04/26	10/03/26	Adrian
2	Junior Rodrigues	1116828083	12/03/26	22/04/26	12/03/26	JUNIOR
3	Suvi Silgueo	54847414	12/03/26	22/04/26	10/03/26	
4	RAMON CASTILLO	6935472	12/03/26	22/04/26	10/03/26	RAMON
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÒN

Equipos de Protección Contra Caidas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí ☒	No ☐	Línea de vida vertical portátil	Sí ☐	No ☒	Punto de anclaje fijo	Sí ☒	No ☐	Mosquetón	Sí ☒	No ☐
línea de vida vertical	Sí ☒	No ☐	Eslinga en y con adsorbedor	Sí ☒	No ☐	Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí ☐	No ☒	Freno Arrestador	Sí ☒	No ☐
línea de vida horizontal	Sí ☐	No ☒	Eslinga de posicionamiento	Sí ☒	No ☐	Silla de suspensión	Sí ☐	No ☒	Descendedor	Sí ☒	No ☐

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÒN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí ☒	No ☐	Ayudante de seguridad	Sí ☒	No ☐	Barandas	Sí ☐	No ☒	PermisoT.A	Sí ☒	No ☐

Señalizaciòn del area	Sí ☒	No ☐	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Sí ☐	No ☒	Control de acceso	Sí ☒	No ☐	Otro_ ¿Cuál?		

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Sí ☐	No ☒	Andamio tubular	Sí ☐	No ☒	Escaleras fijas	Sí ☒	No ☐	Escaleras portatiles	Sí ☐	No ☒

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE, (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C	C	C	C	C	C	
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C	C	C	C	C	C	
Se han verificado los sistemas de anclaje	C	C	C	C	C	C	
Caidas de diferente nivel	C	C	C	C	C	C	
Caida al mismo nivel	C	C	C	C	C	C	
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C	C	C	C	C	C	
Cambio brusco de temperatura	C	C	C	C	C	C	
Contacto con corriente electrica	C	C	C	C	C	C	
Contacto con partes en movimiento	C	C	C	C	C	C	
Agentes infecciosos	C	C	C	C	C	C	
Presencia de gases y vapores	C	C	C	C	C	C	
Movimientos repetitivos	C	C	C	C	C	C	
Adopcion de posturas inadecuadas	C	C	C	C	C	C	
Caida de objetos	C	C	C	C	C	C	
Manipulacion de elementos cortates	C	C	C	C	C	C	
Proyeccion de particulas	C	C	C	C	C	C	
Manejo de herramientas manuales	C	C	C	C	C	C	
Exposicion a ruido	C	C	C	C	C	C	
Condicion de orden y aseo	C	C	C	C	C	C	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales, pines, llantas o husillo nivelador ?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C	C	C	C	C	C	
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C	C	C	C	C	C	
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C	C	C	C	C	C	
El andamio esta aislado de líneas o equipos energizados?	C	C	C	C	C	C	
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C	C	C	C	C	C	

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C	C	C	C	C	C	
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C	C	C	C	C	C	
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C	C	C	C	C	C	
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C	C	C	C	C	C	
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACIÒN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
Las correas del equipo son ajustables?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C	C	C	C	C	C	

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C	C	C	C	C	C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C	C	C	C	C	C	
Guantes de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Gafas de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Tapaoidos	C	C	C	C	C	C	
Careta de esmerilar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Careta de soldador	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Ropa de trabajo	C	C	C	C	C	C	
Arnes	C	C	C	C	C	C	
Eslinga	C	C	C	C	C	C	
Tie off	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

OBSERVACIONES:

NINGONA

APROBACION DEL PERMISO				CIERRE DE PERMISO			
ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA	ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217		Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel W	80'500436		Residente de obra	Daniel Walteros	80'500436	
Maestro o encargado de la actividad	Adrian	5430152	Adrian	Maestro o encargado de la actividad	Adrian	5430152	Adrian
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217		coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA (dd) 06 | MES (mm) 04 | AÑO (aa) 2026

HORA DE INICIO: 08:00 AM

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA (dd) 12 | MES (mm) 04 | AÑO (aa) 2026

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 PM

EMPRESA EJECUTORA: CONSORCIO ADEC. ARSAF

ÁREA O LUGAR: CORNIZAS

N° CONTRATO: LP202401363

ACTIVIDAD A REALIZAR: INSTALACION ETERBOAL

N° PERSONAS EJECUTORAS: 02

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: PULIDORAS

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?			X
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales

	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Gonzales	5430152	Oficial	Adrian
2	Junior Rodriguez	1116028053	Oficial	Junior
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1.064.727.217	Insp SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión: NINGUNA

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

—— O ——

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

53.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Versión: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Diego Montana.
Fecha de Inicio 13/04/2026	Fecha de final: 19/04/2026.
Descripción de la tarea a realizar: Desmonte e Instalación de Eterboal, Resanes y Estucado.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
RAMON CASTILLO	PPT	6935442	AYUNTE	LUNES	RAMON	RAMON	Ramon	RAMON	Ramon	RAmon
ADIAN Gonzalez.	PPT	54304452	OFICIAB	ADRIAN	ADRIAN	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian
JUNIOR Rodrigues	CC	1116 828053	OFICIAL		JUNIOR	JUNIOR	JUNIOR	JUNIOR	JUNIOR	
DANIEL FERNANDEZ	PPT	89-2725	ALUDIFE			DANIEL	DANIEL	DANIEL	DANIEL	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de protección, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, estuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calentes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climeticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☒ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Daniel Walteros	80'800493 C	
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
ADRIAN GOZAIEZ	5430452	ADRIAN
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064.727.217	

Elaboró Ing. Yinna Blanco	Revisó Ing. Miguel Cerón M.	Aprobó Ing. Miguel Cerón M.

SAFRID ingeniería sas	FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO:	FOR-SAF-SST-002
		VERSIÓN:	1.0
		FECHA:	2024

1.FECHA DE ELABORACION DE PERMISO:	13/04/2026		
2.LUGAR ESPECIFICO DE LA ACTIVIDAD:	Colegio Diego Montañas - Cornizas		
3.ALTURA APROX. DE LA ACTIVIDAD:	8 mts		
4.FECHA DE INICIO:	13/04/2026	FECHA FINAL:	19/04/2026
5.HORA DE INICIO :	7:00 am	HORA FINAL:	4:00 pm

6. TIPO DE TRABAJO A REALIZAR

Describa la actividad que se va a realizar:

Desmonte e Instalación de eterboal, Resanes y Estucado

7. TIPO DE HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Describa las herramientas que se van a utilizar:

Herramientas menores, Pulidoras.

8. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR

Describa los elementos de protección personal que se van a utilizar:

Andamios, Arnès, Eslingas, Linea de Vida, Casco, Guantes, etc.

9. DATOS Y REQUISITOS DEL TRABAJADOR QUE EJECUTARA EL TRABAJO

#	NOMBRE	CEDULA	FECHA CURSO ALTURAS	FECHA SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE	FECHA DE EXAMEN MEDICO (apto para trabajo en alturas)	FIRMA TRABAJADOR
1	RAMON CASTILLO	6935472	12/03/26	22/04/26	10/03/26	RAMON
2	ADRIANO	5430452	12/03/26	22/04/26	10/03/26	ADRIAN
3	Junior Rodrigues	1116828053	12/03/26	22/04/26	12/03/26	JUNIOR
4	DANIEL FERNANDEZ	89-2728	13/04/26	22/04/26	07/04/26	DANIEL
5						
6						
7						
8						

Al firmar este documento, el trabajador manifiesta que para realizar la labor en alturas anteriormente nombrada tiene la capacidad física y mental para la tarea y su estado de salud es bueno, adicional que se revisaron las certificaciones correspondientes para alturas y examen medico.

10.MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Equipos de Protección Contra Caídas a Utilizar (Marca con una x)

Arnés cuerpo completo	Sí ☒	No ☐	Línea de vida vertical portátil	Sí ☒	No ☐	Punto de anclaje fijo	Sí ☒	No ☐	Mosquetón	Sí ☐	No ☒
línea de vida vertical	Sí ☒	No ☐	Eslinga en y con adsorbedor	Sí ☒	No ☐	Punto de anclaje portátil (tie off)	Sí ☒	No ☐	Freno Arrestador	Sí ☐	No ☒
línea de vida horizontal	Sí ☐	No ☒	Eslinga de posicionamiento	Sí ☒	No ☐	Silla de suspensión	Sí ☐	No ☒	Descendedor	Sí ☐	No ☒

11.MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN

Medidas a adoptar (Marca con una x)

Delimitación del área	Sí ☒	No ☐	Ayudante de seguridad	Sí ☒	No ☐	Barandas	Sí ☒	No ☐	PermisoT.A	☐	Sí ☒ No ☐

Señalización del area	Sí [X]	No [ ]	Manejo de desniveles y orificios (huecos):	Sí [X]	No [ ]	Control de acceso	Sí [X]	No [ ]	Otro_ ¿Cuál?	

12.SISTEMAS DE ACESSO

Sistema de acceso a utilizar (Marca con una x)

Andamio colgante	Sí [ ]	No [X]	Andamio tubular	Sí [X]	No [ ]	Escaleras fijas	Sí [ ]	No [X]	Escaleras portatiles	Sí [ ]	No [X]

13. REQUERIMIENTOS GENERALES - LISTA DE CHEQUEO DIARIA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE, (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se realizó el análisis de trabajo seguro (ATS) y socialización antes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Se realizó charla pero-peracionalantes de iniciar la labor	C	C	C	C	C	C	
Los trabajadores están aptos para desarrollar la labor (estado de salud y con concepto medico vigente)	C	C	C	C	C	C	
los trabajadores están certificados en alturas (curso avanzado y/o re-entrenamiento vigente)	C	C	C	C	C	C	
Se han verificado los sistemas de anclaje	C	C	C	C	C	C	
Caidas de diferente nivel	C	C	C	C	C	C	
Caida al mismo nivel	C	C	C	C	C	C	
El area de trabajo esta libre de obstáculos	C	C	C	C	C	C	
Cambio brusco de temperatura	C	C	C	C	C	C	
Contacto con corriente electrica	C	C	C	C	C	C	
Contacto con partes en movimiento	C	C	C	C	C	C	
Agentes infecciosos	C	C	C	C	C	C	
Presencia de gases y vapores	C	C	C	C	C	C	
Movimientos repetitivos	C	C	C	C	C	C	
Adopcion de posturas inadecuadas	C	C	C	C	C	C	
Caida de objetos	C	C	C	C	C	C	
Manipulacion de elementos cortates	C	C	C	C	C	C	
Proyeccion de particulas	C	C	C	C	C	C	
Manejo de herramientas manuales	C	C	C	C	C	C	
Exposicion a ruido	C	C	C	C	C	C	
Condicion de orden y aseo	C	C	C	C	C	C	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales de tal manera que se pueda aislar o restringir la zona y no se permita el paso de personas ajenos a la labor?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACION DE SISTEMAS DE ACCESO

ANDAMIOS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Los cuerpos del andamio se encuentran asegurados y cuenta con todas sus piezas (verticales, horizontes, diagonales, pines, llantas o husillo nivelador ?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con area firme para su correcto armado y nivelacion?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta contodas sus plataformas y estás estan apoyadas firmemente ?	C	C	C	C	C	C	
La superficie de trabajo se encuentra cubierta por plataformas, libre de huecos?	C	C	C	C	C	C	
Cuenta con escaleras y estas se encuentran aseguradas adecuadamente al andamio?	C	C	C	C	C	C	
El andamio presenta alguna tipo de oxidación o desgaste?	C	C	C	C	C	C	
El andamio esta aislado de lineas o equipos energizados?	C	C	C	C	C	C	
El andamio cuenta con ficha de autorización?	C	C	C	C	C	C	

ESCALERAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Las escaleras están en adecuadas condiciones?	C	C	C	C	C	C	
Las bases están apoyadas sobre una superficie plana?	C	C	C	C	C	C	
Esta libre de grasa, aceite u otras sustancias?	C	C	C	C	C	C	
Las escaleras cuentan con zapatas antideslizantes?	C	C	C	C	C	C	
El área alrededor de la escalera se encuentra señalizada?	C	C	C	C	C	C	

VERIFICACIÓN EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

ARNES DE CUERPO COMPLETO

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
El arnes cuenta con la ficha de identificacion del fabticante?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
Las correas del equipo son ajustables?	C	C	C	C	C	C	
El arnes cuenta con la ficha donde esta la fecha de fabricacion y inspeccion?	C	C	C	C	C	C	
El equipo tiene los puntos de conexión necesarios y estan en buen estado, Argollas, hebillas.	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas se encuntran sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El absorvedor de choque de la eslinga se encuntra sin manchas de pintura, grasa, quemadura y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
El tie off se encuntra sin manchas de pintura, grasa, oxido, quemaduras y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida cuenta con su ficha en donde se observa la fecha de fabricacion y fabricante?	C	C	C	C	C	C	
La linea de vida se encuentra libre de pintura, grasa, oxido, quemaduras, deshilachamiento y/o perforaciones?	C	C	C	C	C	C	

ESLINGAS DE CARGA

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de desgaste, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Las eslingas estan protegidas contra cualquier elemento que genere abracion?	C	C	C	C	C	C	

LINEAS DE VIDAS

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Cuenta con sus etiquetas legibles y se puede ver la fecha de fabricacion?	C	C	C	C	C	C	
las fibras y costuras están libres de oxido, pintura, grasa, deshilachamiento y cortes?	C	C	C	C	C	C	
Funcionamiento de cierre y apertura de los ganchos metálicos es correcto?	C	C	C	C	C	C	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

ASPECTOS A VERIFICAR DIARIAMENETE (C)CUMPLE. (NC)NO CUMPLE (NA)NO APLICA	SEMANA DE TRABAJO						
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Casco con barbuquejo	C	C	C	C	C	C	
Guantes de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Gafas de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Tapaoidos	C	C	C	C	C	C	
Careta de esmerilar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Careta de soldador	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Ropa de trabajo	C	C	C	C	C	C	
Arnes	C	C	C	C	C	C	
Eslinga	C	C	C	C	C	C	
Tie off	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

OBSERVACIONES:

APROBACION DEL PERMISO

ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel W	80'sco43	
Maestro o encargado de la actividad	ADRIAN	5430452	ADRIAN
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

CIERRE DE PERMISO

ENCARGADOS	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Inspector SST	Adrian M	1064121217	
Residente de obra	Daniel Walters	80'sco43	
Maestro o encargado de la actividad	ADRIAN	5430452	ADRIAN
coordinador (TA) de obra	Adrian M	1064121217	

TENGA EN CUENTA : SI REQUIERE CAMBIAR DE ACTIVIDAD O LOS EQUIPOS CON LOS CUALES ESTA LABORANDO, INFORME AL ÁREA SST PARA UNA NUEVA INSPECCION.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado Por:
Yinna Blanco Arenas	Miguel Cerón	Miguel Cerón
Responsable SG-SST	Empleador	Empleador

SAFRID ingeniería sas	SG-SST	CODIGO: SAF-PRC-025
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	VERSIÓN: 1
		FECHA: 08-2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DIA 13 | MES 04 | AÑO 26

HORA DE INICIO: 7:00 am

PERMISO VÁLIDO HASTA: DIA 19 | MES 04 | AÑO 26

HORA DE FINALIZACIÓN: 4:00 pm

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Adecuaciones Arsaf

ÁREA O LUGAR: Corrisas

Nº CONTRATO: 3416 - 2025

ACTIVIDAD A REALIZAR: Cortes de electrodal

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 02

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidoras

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona, estan en bueb estado?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?			X
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?			X
¿Los electrodos y cables se encuentran en buen estado?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales	SI	NO
1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.		X
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.		X
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?		X

6 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTORES

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	ADRIAN GONZALEZ	5430452	OFICIAL	
2	JUNIOR Rodrigues	1106 828053	OFICIAL	ADRIAN JUNIOR
3				
4				
5				
6				
7				

Solo diligenciar personal a cargo (JEFE INMEDIATO, ENCARGADO, ENCARGADO DE SST)

Ítem	Nombre y apellido	Cedula	Cargo	Firma
1	Adrian Martinez	1064111217	Insp. SST	
2				
3				
4				

SUSPENSIÓN DEL PERMISO: (Cualquier persona que supervisa la actividad evidencia incumplimiento en el procedimiento puede suspender el trabajo y debe notificar inmediatamente al encargado de SST del lugar de trabajo.

Motivos de la suspensión:

Fecha y hora de la suspensión:

Suspensión realizada por:

RENOVACIÓN

Tiempo de validación del permiso(fecha).

Hora; Desde-Hasta.

Autorizado por: | Supervisado por:

Número de personas que ejecutan la actividad:

OBSERVACIONES:

TRABAJO TERMINADO

¿Finalizo el trabajo?

Si no a finalizado explique porque

El área de trabajo quedo limpia y ordenada

Fecha:

Hora:

Ing. Yinna Blanco Arenas	Ing. Miguel Cerón	Ing. Miguel Cerón
Coordinador SG-SST	Rep. Legal	Rep. Legal

54.

SAFRID ingeniería sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS	Codigo	SAF-FOR-074
		Fecha	Mar24
		Version	Version: 1.0

FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO ATS

Contrato N°: CO1.PCCNTR.8155135	Ciudad: Bogotá D.C.
Objeto del contrato: "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS" – LOTE 4.	Ubicación donde se realiza el trabajo: (frente de obra): Colegio Diego Montañas.
Fecha de Inicio 20/04/2026	Fecha de final: 26/04/2026
Descripción de la tarea a realizar: Desmonte e Instalación de Eterboal, Resanes, Estucado y Pintado.	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE:
ENERGIA PELIGROSAS	OTRO, CUAL?	

NOMBRES Y APELLIDOS TRABAJADORES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO		CARGO	FIRMA						
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Junior Rodrigues	PPT	1116028053	OFICIAL	Junior	Junior	Junior	Junior	Junior	Junior	S
Adrian Gonzalez	PPT	5430452	OFICIAL	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian	
DANIEL FERNANDEZ	PPT	89-2725	AUXILIAR	DANIEL	DANIEL	DANIEL	DANIEL	DANIEL	DANIEL	
RAMON CASTILLO	PPT	6935472	AYUDANTE	Ramon	Ramon	Ramon	Ramon	Ramon	Ramon	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	*Martillo, metro, cegueta, llana metalica, rodillo, valdes, espatula, brochas, lija*
Electricas		*Extensiones*
Hidráulicas		NA
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Trabajos a nivel
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	No aplica
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caida?	No aplica
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	NA
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barbuquejo, gafas de proteccion, tapaodios, guantes, botas de seguridad,ropa de trabajo, camisa manga larga.
¿Cuantos trabajadores se requieren?	4
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura, esctuco, enchape, madera, barandas, agua, cemento,, pegacor,
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, quimicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Electricidad, superficies poco resistentes,chispas, objetos filosos, condiciones climaticas.

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Alistamiento de herramientas , materiales y equipos	Caidas caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones , muerte.	Orden y aseo, almacenar adecuadamente las herramientas y equipos de alturas, evitar bromas durante estas actividades, uso de elementos de proteccion personal. Identificar que herraminta necesita y que no , no lleve cosas que no necesite, Inspecione los equipos de alturas que va a utlizar verifique etiquetas , estado de correas , partes metalicas , ajuste correcto de los ganchos.
Dirigirse a el área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Dirijase a el área de trabajo de forma ordenada , evite realizar bromas , durante el recorrido no pierda de vista sus herramientas y sus equipos si debe desplazarse por fuera de la plaza, lleve siempre ubicado su casco de seguridad como debe ser, evite retirarlo por cualquier motivo, acceda a el lugar de trabajo por el lugar autorizado.

Acceder al área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo, caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, muerte.	Firme su ATS ,inspeccione los equipos y herramientas que va a utilizar.
Verificacion de área de trabajo	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez alla llegado al area de trabajo verifique si el area es segura para iniciar labores.
Inicio de labores	Caidas a nivel, golpes, sofreesfuerzos, cortaduras	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Personal con experiencia, acompañamiento permanente, condiciones de salud optimas.
Terminación de tarea	Caidas a mismo nivel, golpes , cortes , sobreesfuerzo,caida de objetos.	Heridas, golpes, lumbagos, contusiones ,caida de objetos, robos, muerte.	Una vez terminada la tarea del dia ,garantice que no queden objetos herramientas o materiales que puedan obsruir el paso y generar incidentes, deje sus área de trabajo en perfecto estado de orden y aseo.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- ☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- ☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- ☐ Si, proceda con la tarea.
- ☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y apellido Residente Obra	Cedula	Firma
Nombre y Apellido Maestro de Obra y/o Encargado de Cuadrilla	**Cedula**	**Firma**
Adrian Gonzales	5°120 452	Adrian
Nombre y Apellido Residente SST	**Cedula**	**Firma**
Adrian Martinez	1.064. 727. 217	

Elaboró	Revisó	Aprobó
Ing. Yinna Blanco	Ing. Miguel Cerón M.	Ing. Miguel Cerón M.