REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.099.259

DIAZ RIVEROS

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-JUL-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00745241-M-1007099259-20150911 **0046**56247A 1 1293483479

DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ

MÉDICO OCUPACIONAL R.M 79.762.200
LICENCIA SALUD OCUPCIONAL 2604/01/2019



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO

ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS

RESOLUCIONES 4272 de 2021 y 3673 de 2008 MPS

Registro 35 /0000300253149012426	**Fecha:** 26/01/2026	**ARL:** SURA
Paciente: DIEGO FERNANDO DIAZ RIVEROS	**Identificación:** 1.007.099.529	**Edad:** 38 años
Empresa: CONSTRUCCIONES RDL SAS	**Cargo:** OFICIAL DE OBRA	

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

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3.	VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	A+(POSITIVO)
5.	GLICEMIA	NORMAL
6.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7.	PSICOTEST DE ALTURAS	NO APLICA
8.	PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9.	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	NORMAL
10.	VARIABLES FISICAS	**PESO:** 69 KG **ESTATURA:** 1.72 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: AUDITIVO: RESPIRATORIO: CARDIOVASCULAR: PSICOSOCIAL MUSC/ESQUELETIC NINGUN ✓

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN SU ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021 :

SI: ✓ **NO:**

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

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

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	Código: FR-SST-02 Fecha de Realización: 15/05/2024 Página 1 de 1

Nombre:	Diego Fernando Diaz	**Fecha:**	29/01/2026.
Cargo:	OBRAS.	**Inducción**	+
Empresa	Proveedor - RDI	**Reinducción**	
Centro de Trabajo	Medicina Legal		

APLICA	TEMAS
X	Reglamento Interno de Trabajo
X	Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
X	Politica y Objetivos Sistema de gestión
X	Politica Prevencion Acoso Laboral
X	Política Prevención Sustancias Psicoacivas
X	Conceptos claros de Seguridad y Salud en el trabajo (Riesgo, Accidente de trabajo, enfermedad profesional, COPASST Y/O VIGIA)
X	COPASST-VIGIASST
X	Comité Convivencia Laboral
X	Plan de Emergencias
X	Comité Seguridad Vial
X	Obligaciones y responsabilidades del trabajador y empleador frente a las actividades de Seguridad y salud en el trabajo
X	Examenes medicos ocupacionales
X	Identificación, clasificación y control peligros del cargo
X	Reporte incidentes, accidentes y enfermedades laborales
X	Elementos de protección personal
X	Socialización Protocolo de Bioseguridad frente al covid-19.

NOTA: Al firmar este documento constato que recibí inducción o reinducción, como requisito para laborar en JJC INGENIERIAS Y CONSTRUCCION SAS. Manifiesto que recibí la información relacionada en este documento, los cuales forman parte del SG-SST de la empresa.

Firma el Empleado y C.C - 1.007. 099. 259.

Scanned with CamScanner

	FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN	Código: FR-SST-01 Fecha de Realización: 15/05/2024 Página 1 de 1

NOMBRE	Diego Diaz	CEDULA No.	1067099751	CARGO	OBRERO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN ENTREGADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	TALLA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO		1	29/01/26	
2	Guantes		1		
3	Protector Auditivo		1		
4	Tapa Bocas		1		
5	Bota T.	41	1		
6	Pantalon	32	1		
7	Sueter	M	2		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Jose Luis Arrieta G.	CEDULA No.	92.548.981
CARGO	Resp. Sgsst	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el archivo de Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 28 de Enero 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 RDL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007099259	DIAZ RIVEROS DIEGO FERNANDO	09/10/2023		12633302	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C796044992602842294

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 28/01/2026 11:44:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.113.234, 192.230.104.15, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U24789042

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 0 9 1 0 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

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

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

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento):

Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
DIAZ	RIVERO	DIEGO	FERNANDO	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1007099259	Femenino [X] Masculino [ ]	27 05 1987	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PROTECCION	1.160.000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Célular	Correo electrónico
Calle 101 Nº82ff 35 B/12 de octubre			

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BOGOTA	Urbana [ ] Rural [ ]	BOGOTA	BOGOTA	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

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

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

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1				D D M M A A A A	
B2				D D M M A A A A	
B3				D D M M A A A A	
B4				D D M M A A A A	
B5				D D M M A A A A	

	Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1				Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B2				Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B3				Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B4				Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	
B5				Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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 doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES RDL SAS	NI	9010953872	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
DG 48 J SUR 1 96 IN 18 CA 43	3142462171	RUBENLEON39@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C	BOGOTA

VIGILADO Supersalud

apotema

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U24789042

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 correción 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 las condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	0 9 1 0 2 0 2 3

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

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 intenación 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 o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
DIEGO DIAZ	ERIKA SOTO	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare 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 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.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A (Escriba el texto aquí)	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: _____

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ RIVEROS DIEGO FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.007.099.259** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de junio de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de enero de 2026.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023100819291

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007099259
Nombre	: DIEGO FERNANDO DIAZ RIVEROS
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES RDL SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901095872
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/11/20
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/11/20
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
jM5BhjF5H

Vigilado Supersubsidio

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 #
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE

N° TA-

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en

DIEGO FERNANDO DIAZ

Con C.C. N° 1007099259 vinculado a la empresa CONSTRUCCIONES RDL SAS con NIT 901095872, representada por LEON CANTOR RUBEN DARIO y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL

Con una duración de (8)
Curso realizado en Bogotá el 26 enero
se expide el 26 enero 2026 en la ciudad de

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC
POR EL ICONTEC CS-
APROBACIÓN DEL
TRABAJO

CESAR AUGUSTO GONZALEZ
RES. No.27875
ENTRENADO

LAURA CAMILA RODRIGUEZ
DELEGADO ANSAR CENTRO DE
PARA TRABAJO EN ALTURAS

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 -

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: DIEGO FERNANDO

Apellidos: DIAZ RIVERO

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1007099259

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 05 Año 1987

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290027024

PIB
10:56:31

Bogotá DC, 27 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO FERNANDO DIAZ RIVEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007099259:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de enero de 2026, a las 10:55:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007099259
Código de Verificación	1007099259260127105506

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:58:30 AM horas del 27/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1007099259**
Apellidos y Nombres: **DIAZ RIVEROS DIEGO FERNANDO**

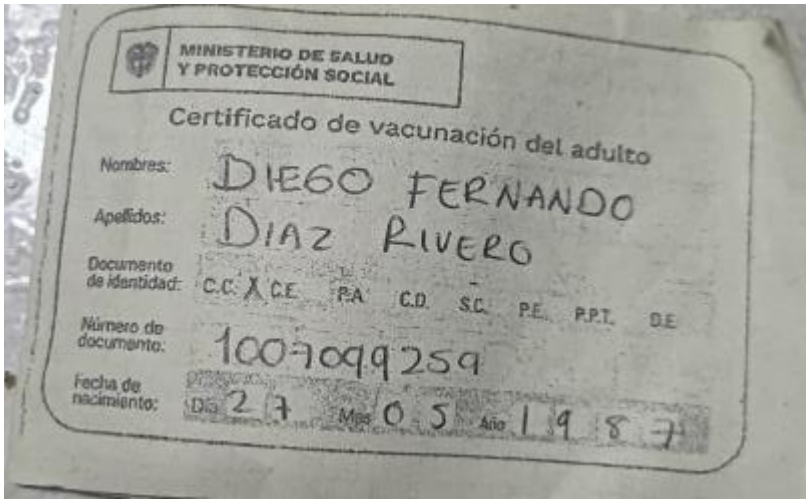
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Volver al Inicio



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

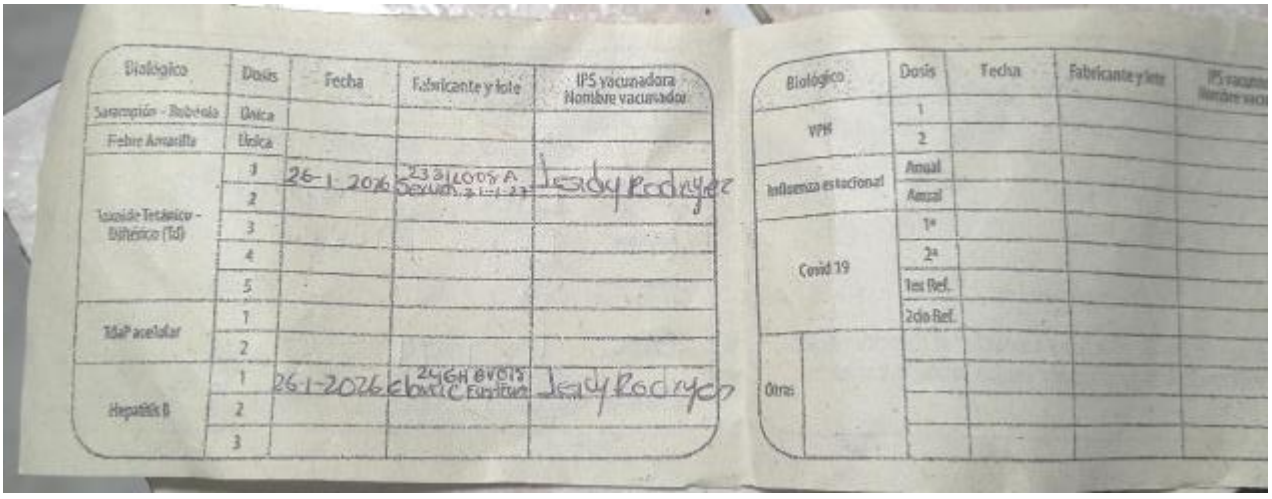
Nombres: DIEGO FERNANDO

Apellidos: DIAZ RIVERO

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1007099259

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 05 Año 1987



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	26-1-2026	2331L005A Sanofi 31-1-27	Jesly Rodriguez
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	26-1-2026	246H BV01 Biotec Exp 11-27	Jesly Rodriguez
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				