AGENCIA PARA LA INFRAESTRUCTURA DEL META
NIT. 900220547-5

HOJA CONTROL DOCUMENTAL

131-GDC-FR-001-V04
09/09/2024

SERIE:	120-10
SUBSERIE:	120-10-04
No. CARPETA:	626
DESCRIPCIÓN CARPETA:	**CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES PARA LA CONEXIÓN PACÍFICO – ORINOQUÍA – VÍA URIBE – CRUCE VERSALLES – PAPAMENE – ALTO DE LAS CRUCES EN EL MUNICIPIO DE LA URIBE DEPARTAMENTO DEL META" **CONTRATO N° 779 22 PY 031-22 INF N°37 PARC N°15 C8-19 C626**

ITEM	DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS
20.	Informe componente seguridad y salud en el trabajo	121725-121926

Fecha de Elaboración:		Nombre del Archivo en el SIGA	779 22 PY 031-22 INF N°37 PARC N°15 C8-19 C626

Firma	Firma
Nombre: **FERNANDO VERA BARRERA**	Nombre: **DAGOBERTO CABRALES CONTRERAS**
Cargo: DIRECTOR DE OBRA	Cargo: DIRECTOR DE INTERVENTORIA

121725

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO - MUNICIPIO DE MALLAMA
CENTRO EDUCATIVO EL GUABO
Código DANE N° 252435000125

LA SUSCRITA DIRECTORA

CERTIFICA:

Que, Vernaza Delia Bastidas, identificado con C.C. No. 5 49 2.06[illegible] curso y aprobó el Grado Quinto (5º) de Educación Básica Primaria, correspondiente al año lectivo 1983 -1984, de acuerdo al siguiente informe final:

AREAS FUNDAMENTALES	VALORACION	INT. HORARIA
ESPAÑOL	3.5	4
MATEMATICAS	3.8	5
CIENCIAS NATURALES	4.0	4
CIENCIAS SOCIALES	3.5	4
EDUCACION FISICA, RECREACION Y DEPORTES	4.5	2
EDUCACION ARTISTICA	4.0	2
EDUCACION RELIGIOSA	4.3	2
ETICA Y VALORES	4.0	2
INGLES		
TECNOLOGIA E INFORMATICA		
COMPORTAMIENTO	Excelente	

Dado en la Vereda El Guabo - Municipio de Mallama a los treinta (30) días del mes de Abril de dos mil trece (2013).

JANETH LOPEZ
C.C. No 36.932.037
DIRECTORA

121226

CONSORCIO SH

CERTIFICADO LABORAL

CONSORCIO SH, asociación de empresas constituida de conformidad con las leyes de la República de Colombia con domicilio social en la Calle 99 N. 14 - 49 Piso 4 torre EAR de Bogotá, identificada con el Nit. 900.937.662-2, representada legalmente por **JOSÉ IGNACIO SANZ DELGADO**, de nacionalidad española, con igual domicilio y cédula de extranjería No. 558.811, constituido por las sociedades **SACYR CONSTRUCCIÓN COLOMBIA S.A.S.** con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., constituida bajo la ley colombiana, con Nit. 900.657.570-I y **HERDOÍZA CRESPO CONSTRUCCIONES COLOMBIA S.A.S.,** sociedad comercial constituida de conformidad con las leyes de la república de Colombia con domicilio en Bogotá D.C., en la calle 70 No 4-41, identificada con NIT. 900.815.680-1.

Certifica que el(la) señor(a) **HERNAN DELIO BASTIDAS MALES** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 5.292.066 laboró para la compañía conforme a la siguiente información:

Fecha de ingreso:	Octubre 18 de 2019
Cargo:	CONTRAMAESTRO
Fecha de Retiro:	Noviembre 01 de 2020
Motivo del Retiro:	Renuncia Voluntaria

En constancia a lo anterior se firma el presente en la ciudad de San Juan de Pasto - Nariño., a los tres (03) días del mes de noviembre de 2020.

Atentamente,

CONSORCIO SH

DIEGO FERNANDO LIZCANO ARDILA
Jefe de Gestión Humana
Consorcio SH

Hernan Bastidas
5292066
03-11-2020

121722

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional De Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la ley 119 de 1994 y en atención a que

HERNAN DELIO BASTIDAS MALES

Con documento de identificación N° 5292066

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Titulo

de

TECNICO EN CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Pasto a los 24 días del mes de Junio de 2011

BERNARDO CHAMORRO GUEVARA

Subdirector Centro Internacional de Producción Limpia Lope

Regional Nariño

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cuerpo de Bomberos Voluntarios de La Pintada
Departamento de Antioquia
"EN ACCION PERMANENTE POR LA VIDA Y LA COMUNIDAD"
Nit. 800.256.858-3, P. J N°3299 de 1.999

CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE LA PINTADA

HACE CONSTAR QUE:

HERNAN DELIO BASTIDAS MALES
CC. 5.292.066

Ha cumplido satisfactoriamente con el curso de
PRIMEROS AUXILIOS BASICOS Y MANEJO DE EXTINTORES
Con una intensidad horaria de 8 horas

Para constancia se firma a los 23 días del mes de marzo de 2019

ADRIAN CARDONA VEGA
INSPECTOR DE SEGURIDAD
DNBC 516-2016
COORDINADOR CURSO

DANIEL SEPULVEDA
COMANDANTE
C.B.V. La Pintada
INSTRUCTOR

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HERNAN DELIO BASTIDAS MALE

Con Cedula de Ciudadania No. 5.292.066

Cursó y aprobó la acción de Formación

AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pasto, a los diecinueve (19) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
JAIRO ENRIQUE LASSO MEDINA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIRO ENRIQUE LASSO MEDINA
SUBDIRECTOR
CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCIÓN LIMPIA - LOPE
REGIONAL NARIÑO

16695145 - 19/11/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953600622133CC5292066C.

121730

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:31:17 PM horas del 03/09/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **5292066**
Apellidos y Nombres: **BASTIDAS MALES HERNAN DELIO**

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

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: dijinalatc-atc@policia.gov.co

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

Todos los derechos reservados

121731

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 - NUIP

Número Identificación: 5292066

¿Cuanto es 5 + 3 ? 7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) HERNAN DELIO BASTIDAS MALES identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 5292066.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, septiembre 03, 2024 - Hora de consulta: 19:34:14

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, así como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

DATOS PERSONALES. si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a l más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

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

opyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
sarrollado por: CDI Software Colombia
(1.0.1

121732

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 03 de septiembre de 2024, a las 19:34:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	5292066
Código de Verificación	5292066240903193407

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.

121233

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5292066
NOMBRES	HERNAN DELIO
APELLIDOS	BASTIDAS MALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/16/2024 09:01:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

121739

Alcaldía de MALLAMA
NIT 900[illegible]-4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
MUNICIPIO DE MALLAMA

Mallama, Septiembre 16 de 2024

EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE MALLAMA - NARIÑO

CERTIFICA:

Que, una vez consultado en la base de datos del SISBEN del municipio de Mallama – Nariño, se encontró registrado al señor **HERNÁN DELIO BASTIDAS MALES**, identificado con cedula de ciudadanía No. 5.292.066 expedida en Mallama - Nariño, como residente desde hace cuarenta (40), años en la en el barrio el Centro, zona Urbana del municipio de Mallama.

Para constancia se firma en las instalaciones del Despacho de la Alcaldía municipal de Mallama – Nariño, a los dieciséis (16) días del mes de Septiembre del año dos mil veinticuatro (2024), a solicitud del interesado para adelantar tramites de índole Laboral.

EDISON DARIO PALACIOS RODRIGUEZ
Secretario de Gobierno
Mallama - Nariño

EL SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL DE MALLAMA - NARIÑO

HACE CONSTAR:

Que el documento es autentico, conforme a su original previo cotejo de ngor

Fecha: 16-09-2024

SECRETARIO

121735

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Heman Delio
Apellidos: Bastidas Males
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
Nº. 5292066
Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 03 Año 1968

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05/Octubre	Sinovac	20210400IN	CMC	Karolin	
	2	06-07-2021	Sinovac	040021	Cecil Zaval	Matilde Rebaza	22483649
Ref.		11-03/22	Astrazeneca	78156	C. salud Sta Bárbara esc Escuande	Bolivia M. Oliveros Cuéllar Aux. de Enfermería Res. 074	31919389

121736

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 5292066



NOMBRE

HERNAN DELIO BASTIDAS MALES

FECHA DE NACIMIENTO
18-03-1968

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
05-12-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTEyTTO COPACABANA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	05-12-2032	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	05-12-2025	PUBLICO



HOCHER GUARTNER 2201450322

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02005552099

121737

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 17/04/2026, el empleador LUIS ALVARO CASTILLO identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 7302329 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10240437	17/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	5292066	HERNANDELIO BASTIDAS MALES	1750905	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2026-04-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

121738

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.292.066

BASTIDAS MALES
APELLIDOS

HERNAN DELIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1968
FUNES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUL-1986 MALLAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

A-2309100-53140341-M-0005292066-20060102 0392805365A 02 169921851


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA
1.046.932.309
DIOSA
JOHN FERNANDO
FernandoDiosa


FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1988
TARSO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-ENE-2006 TARSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
0064602047A 1
9907425575

121290

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud

FORMULARIO No.

Número de Radicación: 0001046432309 | Fecha de Radicación: 17 9 4 7 2 6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones para dar cumplimiento antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] | B. Reporte de Novedad [ ]

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] | 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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Rosa		Juan	Fernando

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1016932369

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 1 9 1 0 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ]

12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]

13. Puntaje SISBEN: [ ]

14. Grupo de población especial: [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Colfondos

17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.736.905

18. Residencia: Calle 2 # 8-36

Teléfono: 3204632762

Correo electrónico: N/A

Municipio/Distrito: Uribe

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Centro

Departamento: Meta

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad: [ ]

21. Número de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo 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		
A		
B		
E		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Luis Alvaro Castillo	CC	7.302.329	Empleador.

39. Ubicación

Dirección: Calle 4-1-58 | Teléfono: 3112345749. | Correo electrónico: luiscastillo321@gmail.com | Municipio/Distrito: Uribe | Departamento: Meta.

111291

capitalsalud

FORMULARIO No.

Página 1 de 2

9. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección de los datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección 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 condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad
    - A. Régimen Contributivo
    - B. Régimen Subsidiado
14. Traslado
    - A. Mismo Régimen
    - B. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha

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 interdicción 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 vigente 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 el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Fernando Diosa	

IX. ANEXOS

56. Copia 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 la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. 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	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Recuerde que 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:18:39 PM horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1046932309**

Apellidos y Nombres: **DIOSA JOHN 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

121942

121243

Comfenalco

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1
Versión: 19
Fecha: 2023-12-05

Dependencia Generadora: **División de Subsidios**
Código: **PD-170.01-F01**

Para no diligenciamiento: letra ilegible, sin tachones, no enmendaduras, con información clara completa. Firmado por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y las afiliaciones no serán efectivas.

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 19 / 09 / 2026 — Afiliación primera vez: X — Adición personas a cargo: — Reafiliación: — Novedades (Ley 1429/2010): —

Nombre de Empleador: Luis Alvaro Castillo — NIT: — CC: — Teléfono: 3102329 — Celular: 3112345949

Dirección Principal Empleador: Calle 98 # 18-41

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: Diosa	Segundo Apellido:	Nombres: John Fernando	X	TI	CE	PEP	PPT	No: 1049632359			
Fecha de Nacimiento: 19 / 01 / 1988	Fecha de Expedición Documento: 23 / 01 / 2006	Sexo: M	F	NB	Celular: 3046322762						
Cargo: Auxiliar de Obra	Salario Básico Mensual: 1750905	RH:	Vehículo:	Tipo de Contrato: X	I						
Fecha de Ingreso: 20 / 09 / 2026	Correo Electrónico: no tiene										
Dirección Residencia: Calle 2 # 8 36	Barrio/Vereda: Centro	Ciudad/Municipio: Unbe	Rural	Urbano	País: Colombia						
Parentesco:		Puesto Indígena:									
Dirección de la Empresa: Calle 11 # 4-58	Barrio/Vereda: Centro	Ciudad/Municipio: Unbe	Rural	Urbano	País: Colombia						
Profesión: Bachiller.	Empleador Anterior:				Fecha del Retiro:						

SEÑALE CON UNA X

ESTADO CIVIL: Soltero(a) X | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a)

ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar: — Básica X	Secundaria: Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos		
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Escuela(ana Normalista	Ninguno	Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiana(o) | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Rrom/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Desmovilizado Desastre Natural | Desenraizado o Reinsertado | Población Zonas Fronterizas | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza Hog | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: — Segundo Apellido: — Nombre: — CC | TI | CE | PEP | PPT | No

Fecha de Nacimiento: — Fecha de Expedición: — Dirección: — Barrio: — Ciudad: — Celular:

Correo Electrónico:

Nombre del Empleador donde Trabaja: — Profesión: — Salario Básico Mensual $: — Recibe Cuota Monetaria: SI | NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Bajo la gravedad de juramento declaro que mis información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador o trabajador es sancionado por la Ley 1273 de 2009 y la violación de las normas sobre subsidio familiar es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

Declaro que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar mismo por el cual debe allegar copia de soporte documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación.

Si el titular autorizado para radicar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombre: — Cuales son Cuotas: — Celular:

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: autorizo de manera voluntaria y haciendo uso de mis derechos a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar la información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con las establecidas en la política de tratamiento de datos personales de COMFENALCO disponible en www.comfenalco.com.co, información que será utilizada para los siguientes fines/deberes:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por la misma o mediante su encargo, o terceros como operador del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, afiliación, novedades, campañas, retos, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones asociadoras o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios en nuestra red de aliados a nivel seccional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se recopilará almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual o de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los usuarios podrán ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@comfenalco.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COMFENALCO o los terceros que para tal fin se designen.

Fernando Diosa.

FIRMA DEL TRABAJADOR — **FIRMA DEL EMPLEADOR** — **FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR** — **FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR**

Nota: en caso de que el trabajador o empleador no pueda firmar, se autoriza el uso de huella a la toma y con presencia de la Coordinador de Servicio al Cliente en Urbanizacion y/o mayordomo, los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Colon, de acuerdo con la cual:

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de mis datos personales. En caso de no aplicar, marque con una X la siguiente casilla.

121244

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 88cf0d8c-0dab-4f52-8590-02c08668d418

Nombres y apellidos / Full name: **JOHN FERNANDO DIOSA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 4 6 9 3 2 3 0 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **19/01/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID JANSSEN	Única	13	11	2021	Janssen	204F21A	TARSO ESE H. San Pablo	YULIANA MARCELA ZAPATA MONTOYA

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

121995

ARL | sura

Medellín, 17 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 CASTILLO LUIS ALVARO.

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 URIBE -META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1046932309	DIOSA JOHN FERNANDO	20/04/2026		D2412118	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 17/04/2026 11:50:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.32.201, 192.230.104.18, 172.16.42.57

121296

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-06

Ciudad: Cúcuta | Fecha: 19-04-2026 | Empleo o cargo aspirado: Ayudante de Obra | Código cargo:

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido: Diaz | Segundo apellido: | Nombres: Alex Fernando

Profesión u oficio y título: Oficios Varios | Años de experiencia: 2 años | Salario mensual aspirado: $ 500.000

Lugar de nacimiento: Tarso Antioquia | Fecha de nacimiento: 19-02-1995 | Estado civil: Unión Libre

Dirección: | Barrio: | Teléfono:

Cédula de ciudadanía N° 1.044.938.201 | Libreta militar N°: Clase: | Primera clase | Segunda clase

Expedida en: Tarso

FOTOGRAFÍA RECIENTE

Empresa de contratación: | ¿Vinculado por ella? S ☐ No ☒ | Nombre de empresa: Jose Castillo | Teléfono: 3112485249 | Cargo que ocupa: $ 300.000

¿Está ejerciendo actualmente? S ☐ No ☒ | ¿En qué empresa? | Empresa / Independiente | Tipo de contrato:

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado / Año cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Año cursado	Fecha
	Título obtenido en la educación más alta	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última empresa donde laboró: Garcia Construcciones | Dirección: Cornea Cra 26 # 32 | Teléfono:

Nombre de su jefe inmediato: Adriel Gomez | Cargo del trabajador y de quien depende: Ayudante de Obra

Funciones realizadas:

Fecha de ingreso: 08 de marzo 2024 | Fecha de retiro: 5 Octubre 2025 | Sueldo inicial: $1.450.000 | Sueldo final: $1.450.000

Motivo del retiro: Terminación de Obra

Verificación: Llamó personalmente a la empresa?

Nombre de la empresa: Construcciones PP | Dirección: Calle Cura, N°34 | Teléfono:

Nombre de su jefe inmediato: Pedro Fernando | Cargo del trabajador y de quien depende: Ayudante de obra

Funciones realizadas:

Fecha de ingreso: 10-02-2023 | Fecha de retiro: 20-12-2023 | Sueldo inicial: $1 300.000 | Sueldo final: $1 300.000

Motivo del retiro: Voluntario

121292

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.121.713.313**

Apellidos
ORTIZ SALAS

Nombres
ESTEBAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	M

Fecha de nacimiento
02 DIC 2005

G.S
A+

Lugar de nacimiento
INIRIDA (GUAINIA)

Fecha y lugar de expedición
17 ENE 2024, URIBE

Firma

E.O.S.

Fecha de expiración
17 ENE 2034

.CO

037545590

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037545590052074<<<<<<<<<<<
0512022M3401170COL11217133 13<3
ORTIZ<SALAS<<ESTEBAN<<<<<<<<<<

1217418

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

N1085

FECHA DE RADICACIÓN 27 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] — B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] — B. Cotizante [X] — C. Beneficiario [ ] — D. Adicional [ ] — E. Cabeza de Familia [ ] — F. Ambos [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] — B. Subsidiado [ ]
4. CONTINUIDAD SOLIDARIA: [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] — B. Beneficiario [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] — B. Independiente [ ] — C. Pensionado [ ] — D. Cesante [ ] — E. Subsidiado [ ]
7. CÓDIGO

II. AFILIACIÓN

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Ortiz — SEGUNDO APELLIDO: Salas — PRIMER NOMBRE: Esteven — SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 10. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1121713313
11. SEXO BIOLÓGICO: [X] — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: [X] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombia — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia
15. FECHA NACIMIENTO: 02 12 2005

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 — 17. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — 18. CAB. DE INVAPADAS — 19. TRANS ENCUESTA ESTÁ SISBEN: SI [ ] NO [X] — 20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL
23. EPS — 24. IBC: 1423500 — 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
DIRECCIÓN: Cra 3 # 4-36 # - — 26. RESIDENCIA — TELÉFONO CELULAR: 3123376511 — TELÉFONO FIJO
MUNICIPIO/ DISTRITO — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA — CORREO ELECTRÓNICO — DEPARTAMENTO

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Diligenciar si corresponde con el cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA NACIMIENTO
1							
2							
3							
4							
5							

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. CAB. DE INVAPADAS	47. TRANS ENCUESTA SISBEN	48. DIS CAPACIDAD	49. ADICIONAL	50. Datos de residencia	ZONA
					SI NO	SI NO		
					SI NO	SI NO		
					SI NO	SI NO		
					SI NO	SI NO		
					SI NO	SI NO		

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	51. PAÍS

VI. DATOS DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

52. Nombre o razón social: Concreto y ercolm. — 53. Tipo documento de identificación: NIT — 54. Número de identificación: 901862981 — 55. Clase de aportante: 300561259 dependiente
56. Dirección: Cra 12 14 3-44 # - 0 — Guayuri Sm 105

E. REPORTE DE NOVEDADES

1. ERROR EN NOMBRE
2. MODIFICACIÓN DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
4. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
5. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE LUGAR COMPLEMENTARIOS
6. TERMINACIÓN DE LA MUNICIPIO EN LA EPS Cual?
7. REPORTE DE PAGO A TERCEROS DE LOS COTIZANTES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

10. [X]
11. TRASLADO: ACEPTADO / RECHAZADO
12. TRASLADO ENTRE REGÍMENES
13. TRASLADO DE LA CABEZA DE FAMILIA
14. TRASLADO DE LA CABEZA DE FAMILIA
15. TRASLADO DE LA CABEZA DE FAMILIA
16. TRASLADO DE LA CABEZA DE FAMILIA
17. REPORTE DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Ortiz — SEGUNDO APELLIDO: Salas — PRIMER NOMBRE: Esteven — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1121713313
42. SEXO BIOLÓGICO: [X] — 43. SEXO IDENTIFICACIÓN: [X] Cual?
44. FECHA NACIMIENTO: 02 12 2005 — 45. EPS ANTERIOR — 46. FECHA DE NOVEDAD: 21 02 2025 — 47. MOTIVO DE TRASLADO Código

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
69. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
70. Declaración de existencia de relación de fuerte mayor a seis meses que implican la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexar soporte de la Entidad
71. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
72. 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.
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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.
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, USSD, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp o correo electrónico, para recibir mensajes informativos.
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para ofrecerle a la Contribución Solidaria y de realizar los cargos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la vinculada del Estado vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

X. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario o usuario que aplique o afiliado adicional: Esteven — 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

XI. ANEXOS

Total 0

81. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

82. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del Departamento — 83. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

84. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 85. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 86. FECHA DE RADICACIÓN — 87. FECHA DE VALIDACIÓN

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 VIII del formulario.

- ORIGINAL E.P.S. -

121799

CER_AFI_2026026661207

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jhan Kevin Salazar Vitola identificado con CC. 1050952947 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901862981

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/04/17	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5429001

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de abril del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21042026N1050952947A17372355.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

12123O

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESTEBAN ORTIZ SALAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121713313,** se encuentra afiliado/a desde **06/02/2025** 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 19 de abril de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

121751

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe Meta		Ayudante de obra	

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Ortiz	Salas	Esteban

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Ayudante de obra	4	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
Inirida - Guainia	02 12 2005	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Barrio Centro	Centro	3102947362

Cédula de ciudadanía: N° 1.121.713.313
Expedida en: Uribe

(**) Libreta militar N°
Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Debora Molano	3204798040	500.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	I.E. La Primavera	Guainia	5°	10-11-2014
Bachillerato				
Educación Superior				

	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
Educación Superior				

Título obtenido y/o especialidad

Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente?

Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Concreto y encofrado Cardozo	Uribe Meta	3005610529

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Carlos Cardozo	Ayudante de obra

Funciones realizadas
- Ayudante de obra

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
26-02-2025	26-08-2025	$	$ 1'500.000

Motivo del retiro
Motivos Personales.

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Consisa Concretos.	Uribe Meta	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Alexander	Ayudante de obra

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
7-01-2024	7-04-2024	$	$ 1'500.000

Motivo del retiro
Motivos Personales.

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

7 702124 007790

121752

2

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Mª Angelica Gonzalez	Ama de Casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Barrio Centro	3219165627	Uribe Meta

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
1	Esposa	17.

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Felixa Salas Mesa	

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Davian Cardoza	Oficial	Uribe Meta	3144497211
2.-	Carlos Cardozo	Maestro	Uribe Meta	3005610529

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?				¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
	Anuncio		Amigo	Si ☐ No ☐
	Agencia		Otro	

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

E.O.S

C.C. 1121713313

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

		Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:22:10 AM horas del 12/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121713313**

Apellidos y Nombres: **ORTIZ SALAS ESTEBAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

1121354

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 12 de abril de 2026, a las 09:23:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121713313
Código de Verificación	1121713313260412092325

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

1121755

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294184090

PIB
09:22:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de abril 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) ESTEBAN ORTIZ SALAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121713313:

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.

121756

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.050.952.947

SALAZAR VITOLA

JHAN KEVIN

COL 1.73 M

11 SEPT 2007 O+

TURBACO (BOLIVAR)

28 SEPT 2025 URIBE



28 SEPT 2035

02118246

ICCOL08118246485207 4<<<<<<<<<<
0709118M3509294COL1050952947<2
SALAZAR<VITOLA<<JHAN<KEVIN<<<<

12175

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1050952947
NOMBRES	JHAN KEVIN
APELLIDOS	SALAZAR VITOLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOLIVAR
MUNICIPIO	TURBACO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	SUBSIDIADO	03/04/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/19/2026 22:51:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la

121758

CER_AFI_2026026641448

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN ORTIZ SALAS identificado con CC. 1121713313 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901862981

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2025/02/24	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5429001

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de abril del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21042026N1121713313A17352691.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

121959

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1050952947,** *no está registrado/a* en el 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 19 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.

121760

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D / M / A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe-Meta			

I. DATOS PERSONALES

(*) Información opcional Art. 111 Decreto 2150 de 1995. (**) Requisito legal Ley 48 de 1993 Art. 3 Parágrafo 1 Ley 1861 de 2017

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Salazar	Ustola.	Jhan Kevin.

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios Varios	1año.	$ 2'000.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D / M / A	(*) Estado civil
Turbaco (Bolivar).	11. 09. 2007.	Soltero.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
	Centro.	3118483612.

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
1.050952 947.	Distrito N° . Primera clase ☐ Segunda clase ☐
Expedida en: Uribe. Meta.	

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Arley	312.4595523	800.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Sede de 20 de Enero.	Zambrano (Bolivar)	Quinto.	4 Dic 2017.
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que haya tenido, comenzando por el último o actual. Si necesita más detalles utilice una hoja por separado. Estos serán verificados) - su información será confidencial

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de Legis. Bajo cualquier medio conocido o por conocer, en perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley Autoral

7 702124 007790

121761

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado y tiene experiencia)

AGRICULTURA	X	Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO	X	SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Química y Farmacéutica		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN	X	INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s) Lesly Tatiana. Urbola. Arnedo.	Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa		
Manuel Ramón. Salazar Suarez.	Maestro de obra.		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.-	Nombre Katerine Galeano.	Ocupación Oficios Varios.	Dirección Barrio Bosques del duda	Teléfono 3212963071
2.-	Nombre Luis Gomez Quintero.	Ocupación Construcción	Dirección Barrio Centro.	Teléfono 322.93.10174.

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio ☐ Amigo ☐ Agencia ☐ Otro ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si ☐ No ☐
Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos	

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante
Jhan Kevin Salazar
C.C.

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
	Vo. Bo como candidato. Firma	Fecha	
Concepto segundo entrevistador:			
	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha	
Conclusiones			
		Fecha	
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contráteso a partir del	Sueldo $	
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato	
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.050.952.947

SALAZAR VITOLA

JHAN KEVIN

COL 17 3 M

11 SEPT 2007 04

TURBACO (BOLIVAR)

29 SEPT 2025 URIBE

29 SEPT 2035

081187464

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0811824648520 74<<<<<<<<<<
0709118M3509294COL1050952947<2
SALAZAR<VITOLA<<JHAN<KEVIN<<<<

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:57:25 PM horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1050952947**

Apellidos y Nombres: **SALAZAR VITOLA JHAN KEVIN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

Direccion Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogota D C
Atención administrativa Lunes a Viernes 8 00 am a 12 00 pm y 2 00 pm a 5 00 pm
Linea de atencion al ciudadano 5159700 ext 30552 (Bogota)
Resto del pais 018000 910 112
E mail dijn araic-atc@policia gov co

121764

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 miércoles 08 de abril de 2026, a las 19:58:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1050952947
Código de Verificación	1050952947260408195828

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 mecanica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1050952947
NOMBRES	JHAN KEVIN
APELLIDOS	SALAZAR VITOLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOLIVAR
MUNICIPIO	TURBACO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	SUBSIDIADO	03/04/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/08/2026 20:10:07	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la

121766

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.122.676.444**

CEBALLOS VALLEJO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-2004**

CALAMAR
(GUAVIARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-JUN-2022 PUERTO RICO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5204900-01301398-M-1122676444-20220606 **00796**49641A 1 8504837773

Powered by CamScanner

121762

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/04/2026, el empleador MEYAN SA identificado con NIT número 800143586 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10250915	21/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122676444	JUANDAVID CEBALLOS VALLEJO	1750905	OPERADOR DE CARGA	2026-04-22

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Abril del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

121768

ARL | sura

Medellín, 21 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 MEYAN S.A..

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:	0000000070 TALLER CASANARE - META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1122676444	CEBALLOS VALLEJO JUAN DAVID	22/04/2026		14923622	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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 21/04/2026 08:44:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.19.42.140, 192.230.104.8, 172.16.42.57

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

310 784 4315

Consérvelo

so de requerir el certificado internacional de vacunación
filaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Juan David

Apellidos: Ceballos Vallejo

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

Número de documento: 1122676444

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 05 Año 2004

Powered by CamScanner

ógico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
ón - Rubéola	Única			
Amarilla	Única	19-04-23	U3N891V	Julie Gutierrez
	1	22-11-22	2353L011C	Rosa Bohorquez
	2	19-04-23	2331L027C	Julie Gutierrez
Tetánico - ico (Td)	3	30-01-20	2333L037C	Viviana M
	4	—	—	—
	5	—	—	—
acelular	1			
	2			
	1			
itis B	2			
	3			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH		1			
		2			
Influenza estacional		Anual			
		Anual			
Covid 19		1ª	28-06-22	202621A	Jessica Sandoval
		2ª	09-03-23	218D21A	Julie Gutierrez
		1er Ref.			
		2do Ref.			
Otras					

Powered by CamScanner

121221

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 4.514.254
ARANGO ARENAS
APELLIDOS
JOHNATA RENED
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1983
BELEN DE UMBRIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-NOV-2001 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2400100-01221088-M-0004514254-20210304 0073688542A 1 9914934210

121772

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4514254
NOMBRES	JOHNATA RENED
APELLIDOS	ARANGO ARENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/06/2026 13:23:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

121773

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Trabajo

Bogotá D.C., abril 6 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHNATA RENED ARANGO ARENAS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 4514254, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ASEGURARTE & AZUR SOLUTIONS SAS
ENTRENADOR: WILLIAM BARBOSA GUANTIVA
SEDE DONDE SE FORMÓ: ASEGURARTE Y AZUR SOLUTIONS SAS - ALTURAS
EMPLEADOR: "JOHNATA RENED ARANGO ARENAS"
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR:
SECTOR ECONÓMICO: "SECTOR CONSTRUCCIÓN"
FECHAS DE FORMACIÓN: 11/02/2026 a 11/02/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día abril 6 de 2026

121224

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8f59a6d-a657-45a4-b132-22051a74df86

Nombres y apellidos / Full name

JOHNATA RENED ARANGO ARENAS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

4 5 1 4 2 5 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

13/01/1983

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID MODERNA	Primera	10	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	060D21A	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	LUZ AMPARO CARDENAS VALENCIA
COVID MODERNA	Segunda	09	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	VILLAVICENCIO FAMEDIC IPS NUEVA EPS	RUTH ANGELICA NARVAEZ PEREIRA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

121735

CER_AFI_2026023361693

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Johnata Rened Arango Arenas identificado con CC. 4514254 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING S.A.S	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901026379

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/19	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5429001

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18032026N4514254A14140518.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

121776

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARANGO ARENAS JOHNATA RENED** identificado(a) con **CC** número **4.514.254** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de julio de 2005 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 06 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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

121777

REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
arango	arenas	johnata rened

C.C. ◉ C.E. ○ PAS ○ 4.514.254	SEXO F M x	NACIONALIDAD / PAÍS colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE Nº D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 1 3 MES 0 1 AÑO 1983	calle 4 # 2
PAÍS colombia	PAÍS colombia DEPTO meta
DEPTO risaralda	MUNICIPIO urbe
MUNICIPIC belen de umbria	TELÉFONO EMAIL

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES AÑO

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **[R]**, BIEN **[B]**, O MUY BIEN **[MB]**

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES									
FRANCES									

121278

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

121779

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.326.196

AVELLANEDA RODRIGUEZ

APELLIDOS

EFREN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1982

SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

10-MAY-2000 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2906400-00379733-M-0014326196-20120530 0030084222A 1 37141560

CER_AFI_2026026816803

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Efren Avellaneda Rodriguez identificado con CC. 14326196 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING S.A.S	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901026379

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/04/28	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5429001

Esta certificación se expide a los 27 días del mes de abril del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC27042026N14326196A17526735.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

12126

porvenir
sólo hay uno

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:

EFREN AVELLANEDA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.326.196,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Abril 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.

121282

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 25664ff1-d36b-4eef-8338-11d2b1426bbe

Nombres y apellidos / Full name

EFREN AVELLANEDA RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 4 3 2 6 1 9 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

07/05/1982

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

paicovidhsjd@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	05	08	2021	PFIZER	FA9100	GUADUAS ESE HOSPITAL SAN JOSE	NAILEN EDITH PALOMO TORRES
COVID PFIZER	Segunda	26	04	2022	PFIZER	ACC5853	HONDA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	LUCY STELLA SANCHEZ ALARCON

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

121763

ANEXO 3. REGISTRO INDUCCIONES

121764

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE Juan David Caballos FECHA DE INDUCCIÓN 22/04/2026
CARGO Operador - Bomba - Cuba
OBRA MEXAN - S.A. FECHA DE INGRESO 22/04/2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza Edna K. Garzon S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Juan David Caballos V., identificado con cédula de ciudadanía No 1122646444 de Puerto - Rico autorizó a mi EMPLEADOR CUCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Uribe a los 21/04/26 días del mes de 04 de 20 26.

FIRMA DEL EMPLEADO

1122646444
NÚMERO DE CEDULA

121765

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

X Leon David Ceballos, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 21 días del mes de 04 de 2026.

FIRMA: X

NOMBRE: X Leon David

CÉDULA: 1122 676 444

121266

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Juan David Ceballos V.
identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1122676444 expedida en Puerto-Rico-META autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 21 de 04 del 2026

Firma:

Nombre: Juan David Ceballos

Cédula: 1122676444

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-06 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 21/04/26	**Nombres y apellidos:** Jhon David Ceballos	**Cargo :** Operador - Bombacitero	**Calificación:** 100
Fecha de Ingreso: 22/04/26	**Centro de Trabajo:** Via-Uribe	**Proceso** Operativo	

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 X Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 X Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 X Honestidad	 X Responsabilidad
 X Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 X Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 X No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 X No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 X No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-09 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito



Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.



Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa



Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.



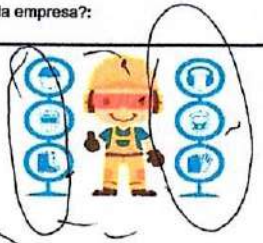
Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

11. Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

12. Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



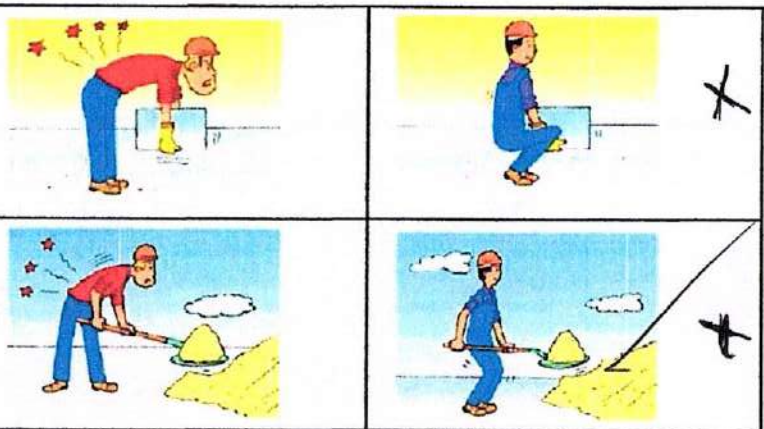
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



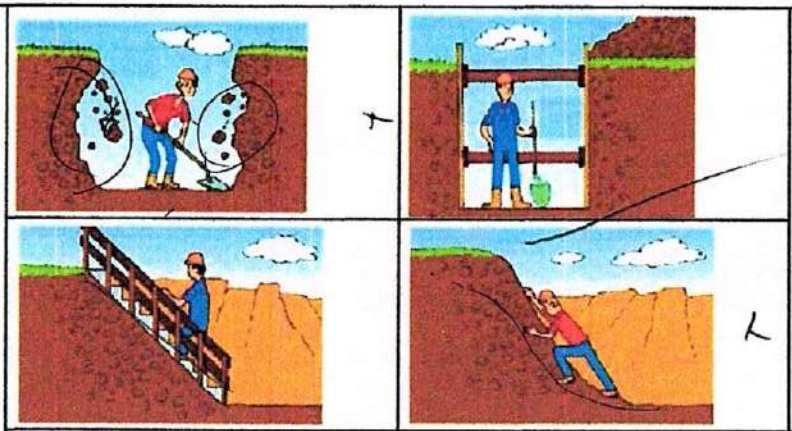
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:4 de 5

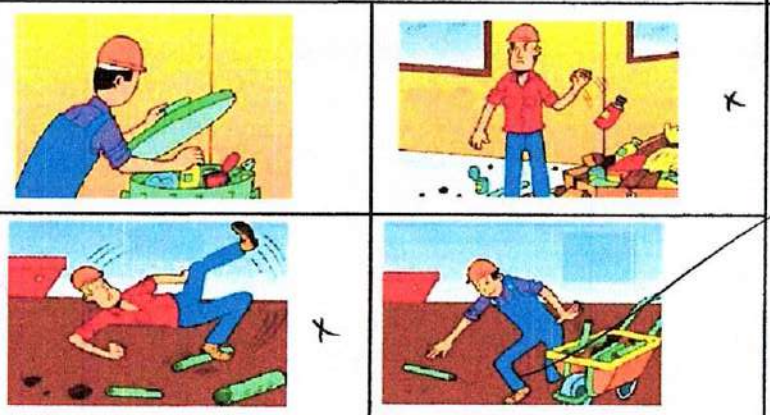
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



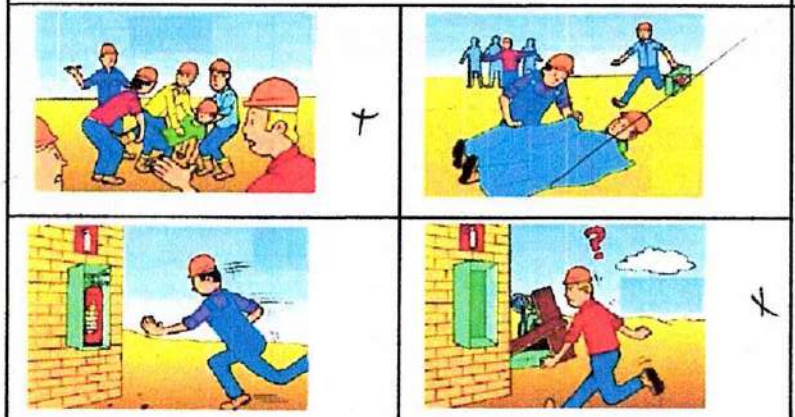
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



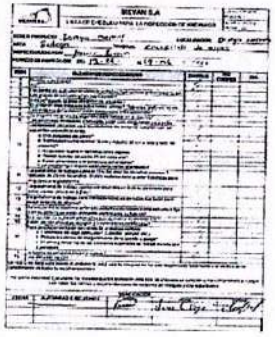
02641121

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 8
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer

LISTA DE CHEQUEO



CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

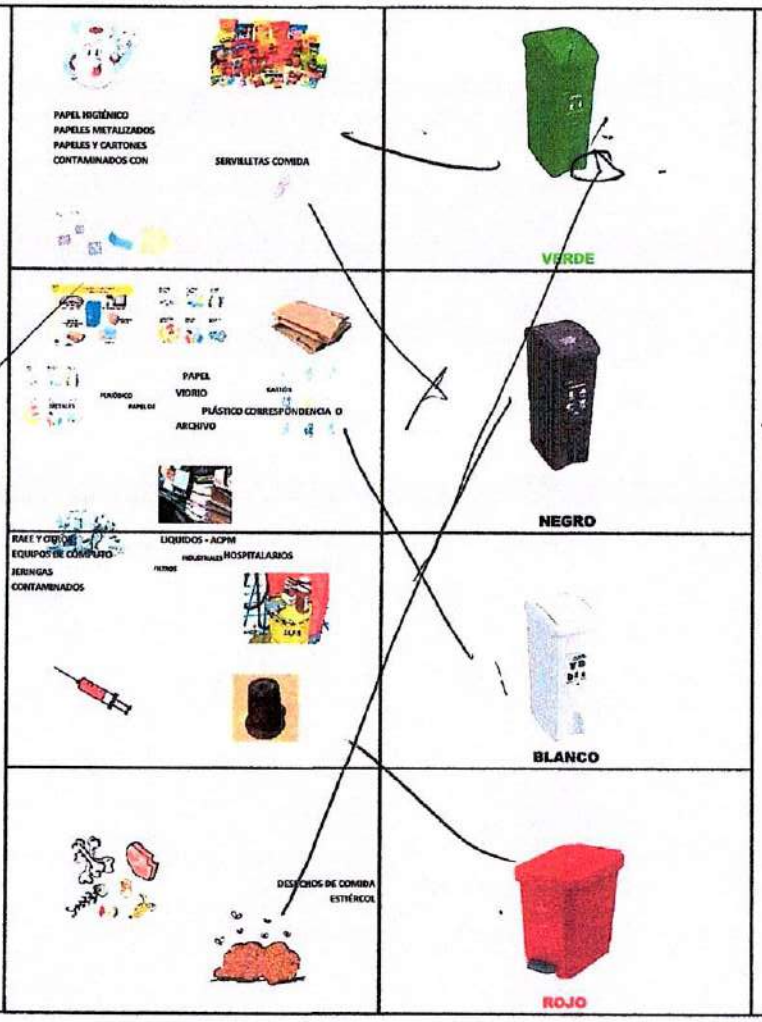


TU PARTICIPACIÓN CUENTA



PERMISO DE TRABAJO





12 de 21

121792

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE: Efrain Avellaneda FECHA DE INDUCCIÓN: 28/04/26
CARGO: Ficial de obra
OBRA: Accesoing. FECHA DE INGRESO: 29/04/26.

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Edna F. Goya S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza Inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Efrain Avellaneda, identificado con cédula de ciudadanía No 14 321 196 de Hatonuevo, autorizó a mi EMPLEADOR CYCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Yopal a los 28 días del mes de 2026 de 20____.

Efrain AR — FIRMA DEL EMPLEADO

14 321 196 — NÚMERO DE CEDULA

121793

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Jefferson Avellaneda, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 20 días del mes de 04. de 2026.

FIRMA: Jefferson AR

NOMBRE: Jefferson

CÉDULA: 1432C196

121794

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Efra ARZ110926A identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 14325196 expedida en Honda T, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 28 de 04 del 20 24.

Firma: Efra AR

Nombre: Efra

Cédula: 14 326196

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 28-09-26	Nombres y apellidos:	Efren Avellaneda	Cargo:	Oficial de obra	Calificación: 100
Fecha de Ingreso: 29-09-26	Centro de Trabajo:	Arjona		Proceso	Operativo

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo

5961121

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 28-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones ~~en la Política de seguridad vial~~

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los límites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

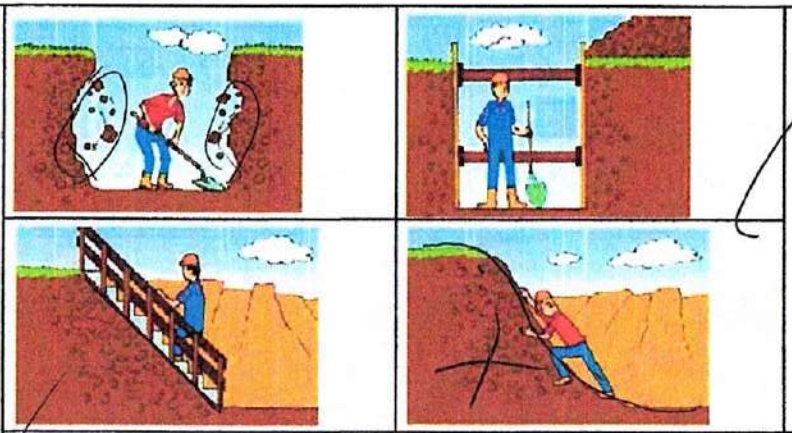
96121

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA: 4 de 5

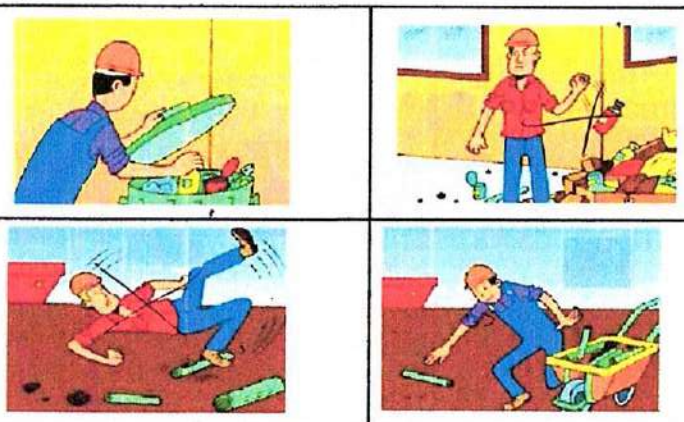
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



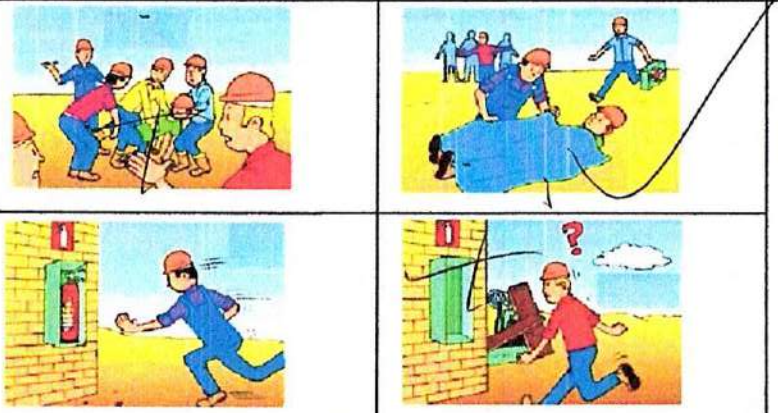
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 28-06-2024
		PAGINA 5 de 5

17. Identifique con:

1. Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

LISTA DE CHEQUEO



CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



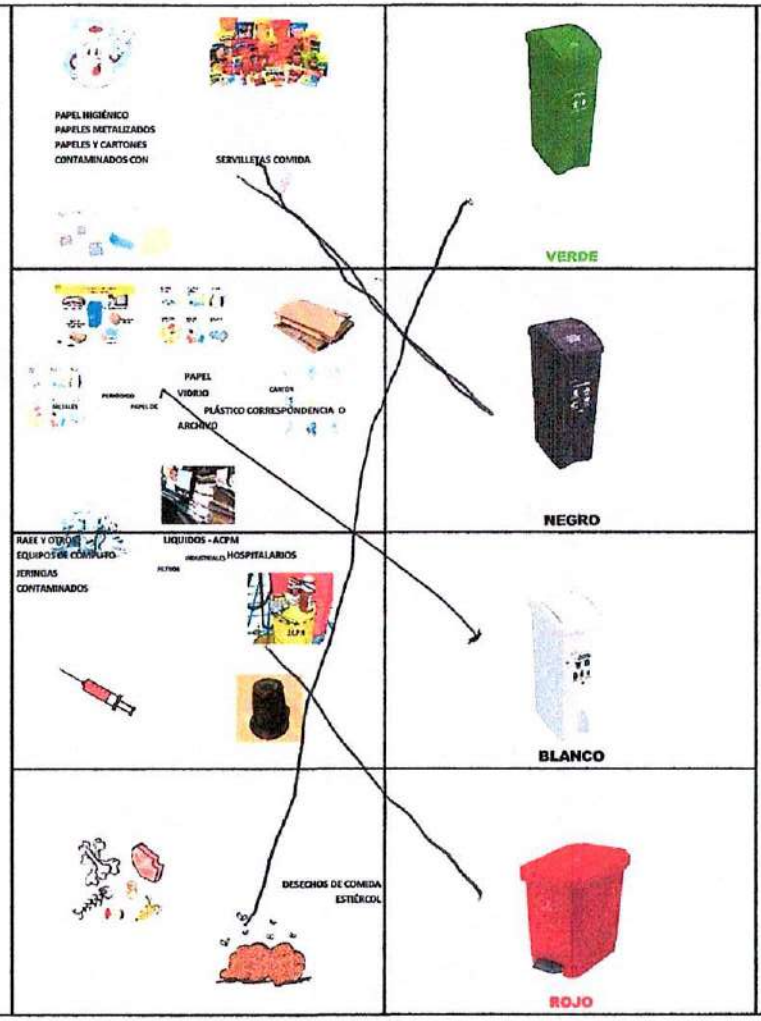
TÚ PARTICIPACIÓN CUENTA



PERMISO DE TRABAJO



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



12798

121744

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE X Yhonatan Perez Anyo FECHA DE INDUCCIÓN X 6/abr/26
CARGO X Oficial
OBRA X Arecoing. / Robinson FECHA DE INGRESO X 7/abr/26.

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garza S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Yhonatan Perez Anyo, identificado con cédula de ciudadanía No 9514254 de Pereira, autorizo a mi EMPLEADOR (UCO), para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Arauca a los 06 días del mes de abr de 2026

FIRMA DEL EMPLEADO

9514254
NÚMERO DE CEDULA

121800

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Howler Rene Arego Arenas identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 9519254. expedida en Pereira., autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 06 de 09 del 2026.

Firma:

Nombre: Howler Rene Arego Arenas

Cédula: 9519254

121801

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Hector Raul Lizcano Arenas, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 06 días del mes de 04 de 2026.

FIRMA: _____

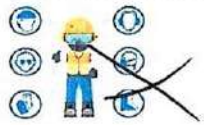
NOMBRE: Hector Raul Lizcano Arenas

CÉDULA: 9514250

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 25-06-2024
		PAGINA: 1 de 5

Fecha: 06/04/26	Nombres y apellidos:		Cargo:	Calificación:	100%
Fecha de Ingreso: 02/04/26	Centro de Trabajo:		Proceso		

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Con el uso correcto de los elementos de protección Individual



Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal



Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O



Honestidad



Responsabilidad



Pertenencia



Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Calidad en el trabajo que realizamos



Dejar la basura donde sea



Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad



Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo



No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo



Consumiendo alcohol en lugar de trabajo



No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo



No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los limites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Politica del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 25-06-2024
		PAGINA 3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo

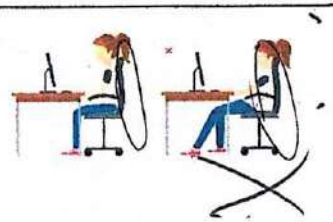


Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



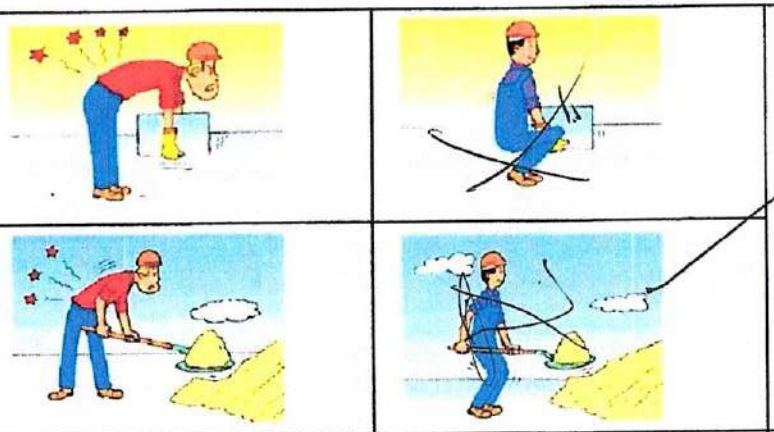
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



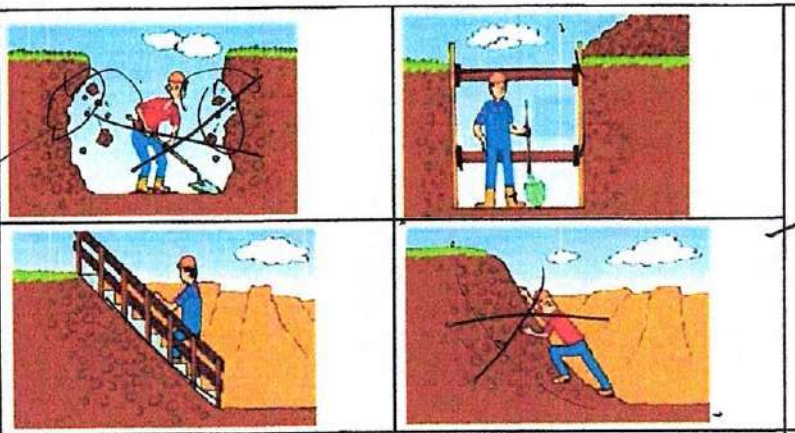
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA 4 de 5

13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



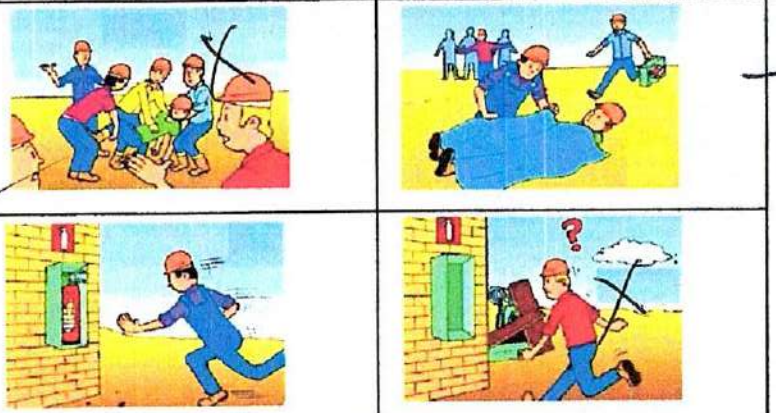
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



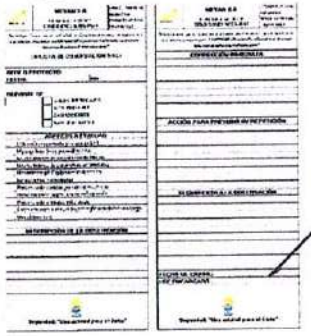
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PÁGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

2. LISTA DE CHEQUEO



1. CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



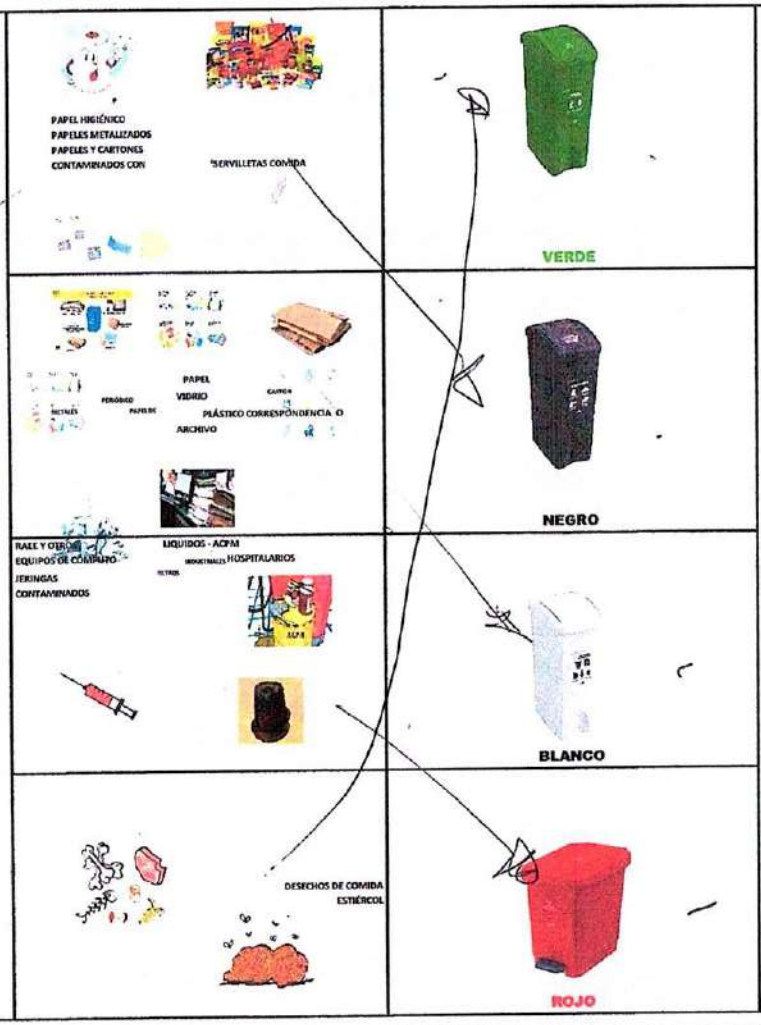
1. TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2. PERMISO DE TRABAJO



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



12 2006

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE Steban Ortiz Salas FECHA DE INDUCCIÓN 22-04-26
CARGO Ayudante
OBRA Cotatara FECHA DE INGRESO 23-04-26

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS		

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Ricardo Reyes Ospina

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Steban Ortiz, identificado con cédula de ciudadanía No 1121741313 de Unbe, autorizó a mi EMPLEADOR CVC.O, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Unbe a los 22 días del mes de 04 de 20 26.

FIRMA DEL EMPLEADO

1121741313
NÚMERO DE CEDULA

12/e08

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Esteban Ortiz identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1192771313 expedida en Uribe, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 22 de 04 del 2026.

Firma: E.C.J

Nombre: Esteban Ortiz

Cédula: 1192771313

121609

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Steban Ortiz, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 22 días del mes de 04 de 2026.

FIRMA: [signature]

NOMBRE: Esteban

CÉDULA: 1017533

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 22/09/26	**Nombres y apellidos:** Steban Ortiz		**Cargo :** Ayudante	**Calificación:** 90.1	
Fecha de Ingreso: 23/09/26	**Centro de Trabajo:**	Candelaria	**Proceso**	Operativo	

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

0781

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los limites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir quejas que se presente situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

121

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS

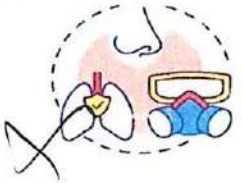


PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

11. Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



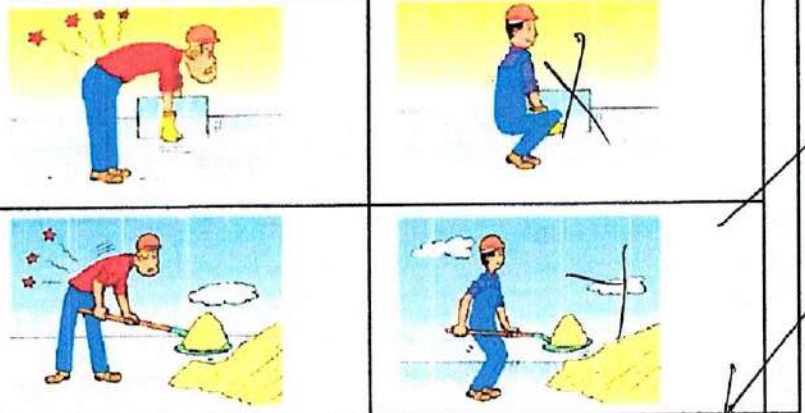
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



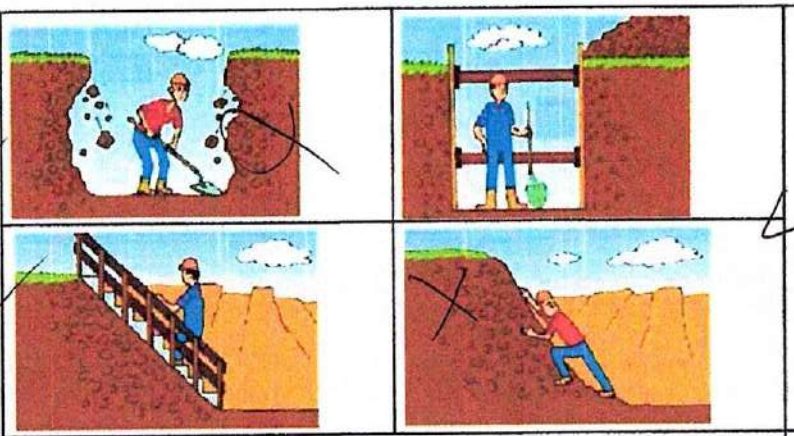
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:4 de 5

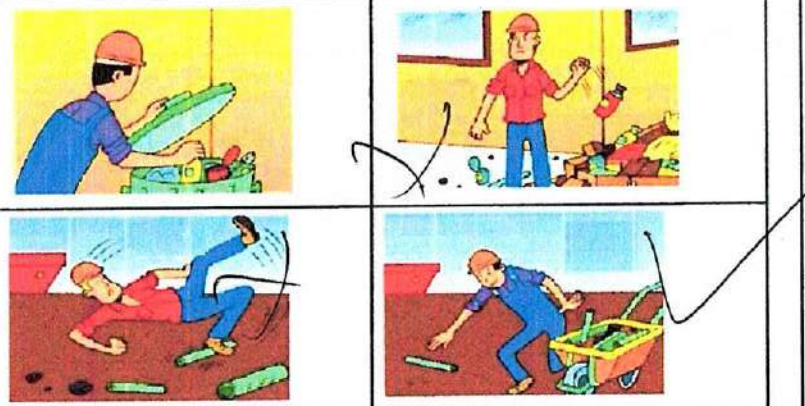
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



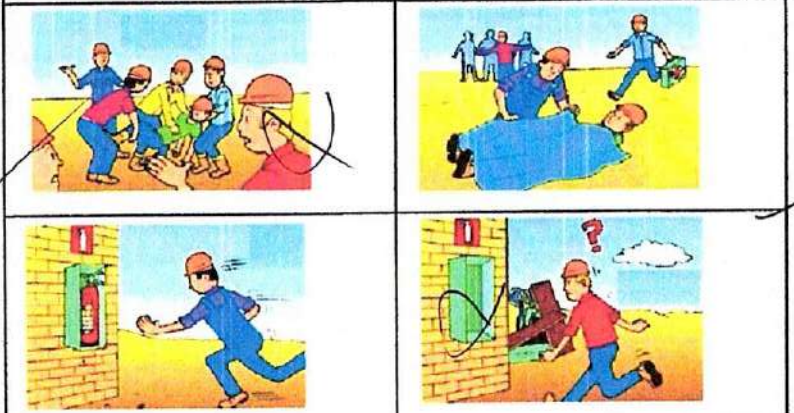
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



12123

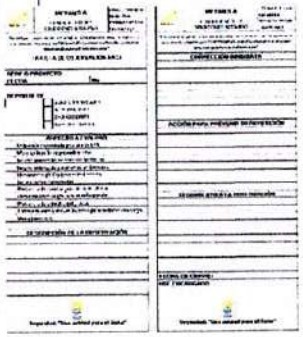
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-09-2024
		PAGINA 5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

LISTA DE CHEQUEO



CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



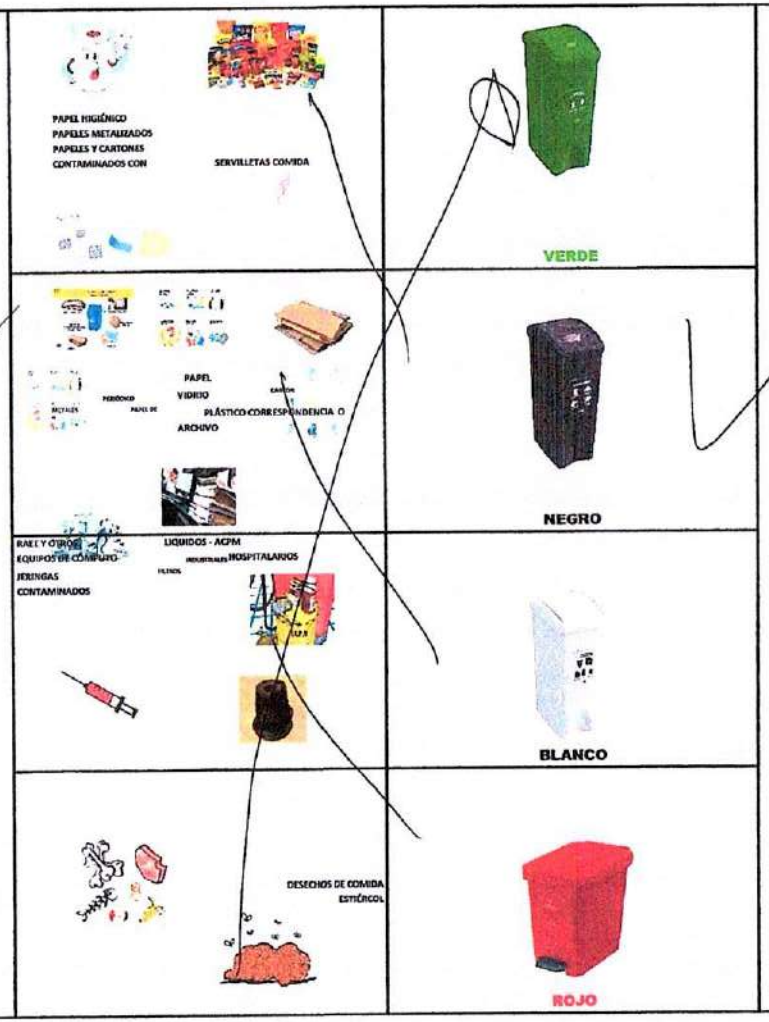
TU PARTICIPACIÓN CUENTA



PERMISO DE TRABAJO



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



12 de 14

12/2/15

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04
		REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020
		PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:

NOMBRE Jhan Kevin SALAZAR FECHA DE INDUCCIÓN 22 ABRIL 2026

CARGO Ayudante

OBRA Conductos y Endonesados FECHA DE INGRESO 23 ABRIL 2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:

Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante		
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza _____

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ

Socialización donde se trataron temas:

Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Gonzales

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza _____

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Jhan Kevin SALAZAR U., identificado con cédula de ciudadanía No 1050952947 de URIBE META, autorizó a mi EMPLEADOR Endonesados CARDOZO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.

Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

Para constancia se firma en la ciudad de URIBE a los 22 días del mes de ABRIL de 20 26.

Jhan Kevin SALAZAR U. — FIRMA DEL EMPLEADO

1050952947 — NÚMERO DE CEDULA

1216

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Jhon Kevin Salazar Vitola, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 22 días del mes de ABRIL de 2026.

FIRMA: Kevin Salazar

NOMBRE: Jhon Kevin Salazar

CÉDULA: 1050952947

12/8/24

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Jhan Kevin SALAZAR Vitola identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1050952947 expedida en URIBE Meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 22 de ABRIL del 2026

Firma: Kevin SALAZAR

Nombre: Jhan Kevin SALAZAR Vitola

Cédula: 1050952947

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 22/09/25	**Nombres y apellidos:** Jhan Kevin Salazar	**Cargo :** Ayudante	**Calificación:** 90%		
Fecha de Ingreso: 23/04/26	**Centro de Trabajo:**		**Proceso** Operativo		

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual X	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral X	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad X	 Responsabilidad X
 Pertenencia X	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos X	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad X	 Disponer adecuadamente los residuos X

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo X	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo X	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo . X

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito X



Conociendo y respetando los límites de velocidad X



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.



Con el correcto uso del cinturon de seguridad. X

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, quejas que se presente situaciones que puedan constituir acoso laboral. X



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias. X



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa



Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad X



Política de Desconexión Laboral X



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial X



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo. X



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. X



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral X

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV X



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS X



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO X

11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud X



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo X



Reducir la probabilidad de una lesión X

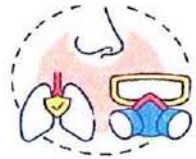


Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO X



PVE RESPIRATORIO X



PVE AUDITIVO X



PVE MEDIO AMBIENTE

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia. X



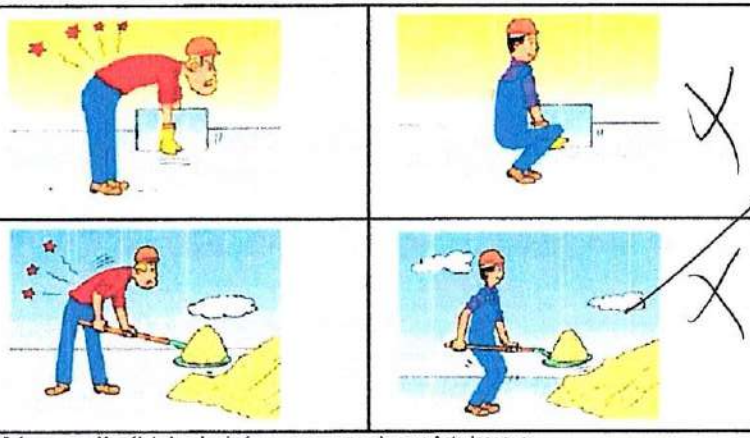
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas. X



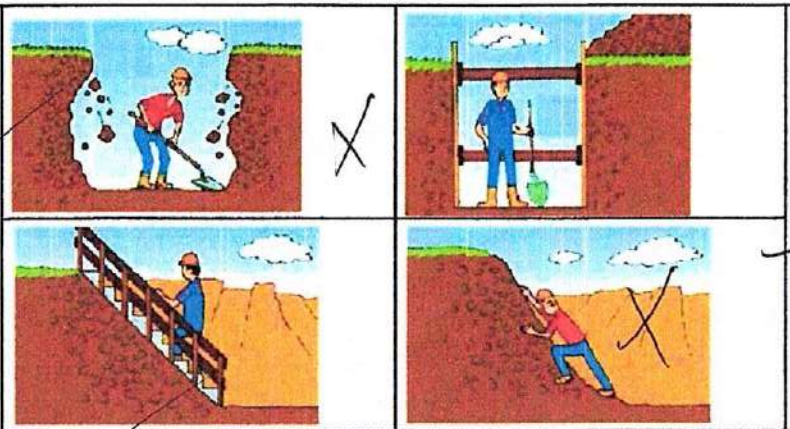
Asesoría técnica. /

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA: 4 de 5

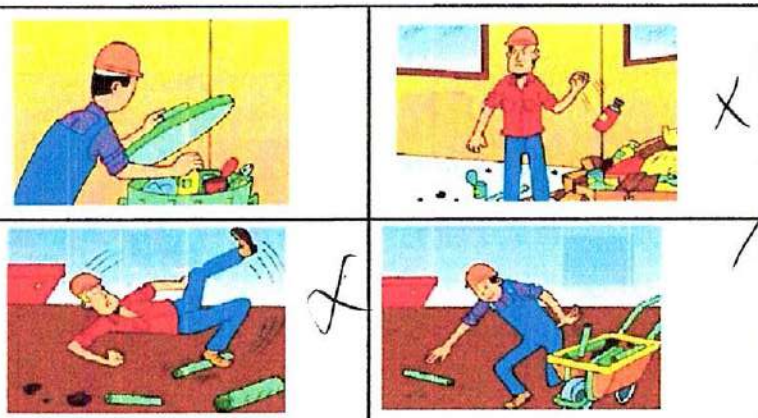
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



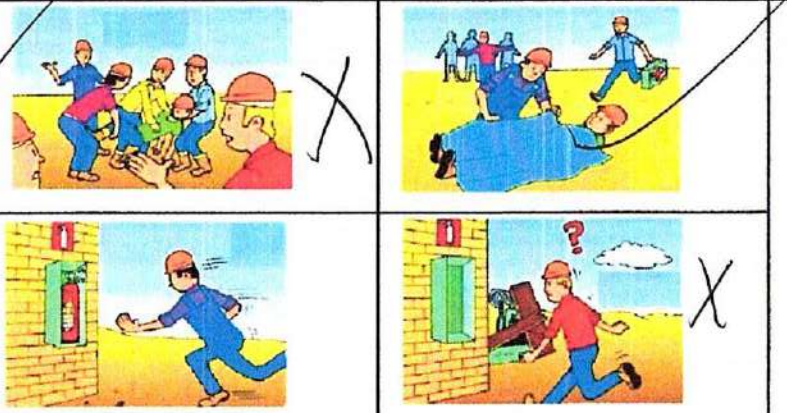
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



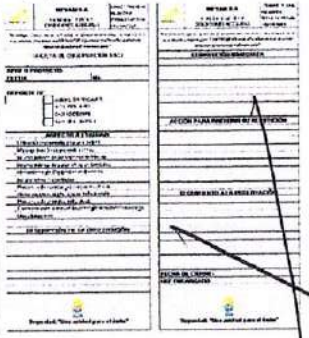
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

X LISTA DE CHEQUEO



X CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



X TU PARTICIPACIÓN CUENTA



X PERMISO DE TRABAJO

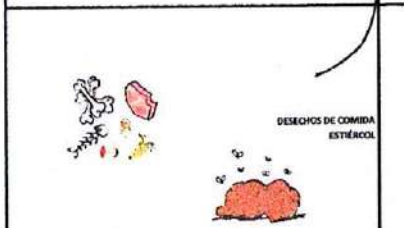


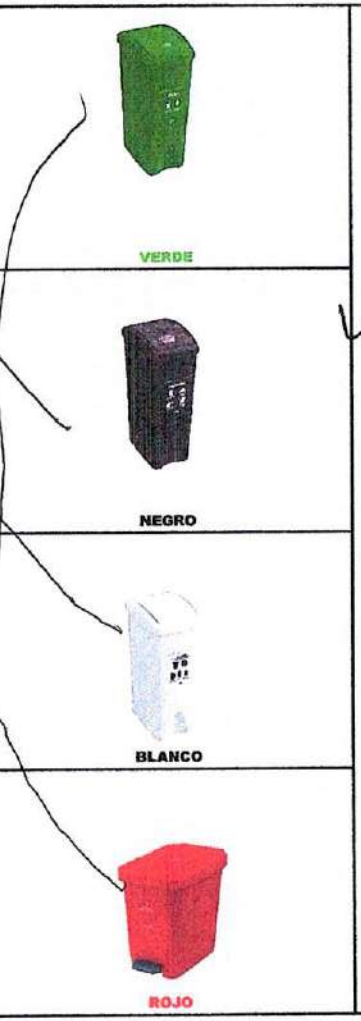
18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer











111623

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04
		REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020
		PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE Jhon FernandoDiosa FECHA DE INDUCCIÓN 20-09-26
CARGO ayudante
OBRA obras civiles Lucastillo FECHA DE INGRESO 20 OU 2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza _____

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Gauza S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza _____

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo Jhon Fernando Diosa, identificado con cédula de ciudadanía No 1046932309 de San José, autorizó a mi EMPLEADOR CUBCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Uribe a los 20 días del mes de 09 de 2026.

Jhon Fernando Diosa — FIRMA DEL EMPLEADO
1.046932309 — NÚMERO DE CEDULA

12124

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Jhon Fernando Diosa identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1046932309 expedida en San Jose, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de 04 del 2026

Firma: Diosa

Nombre: Jhon Fernando

Cédula: 1.046 932 309

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 20/04/2026	**Nombres y apellidos:** Jhon Fernando Diosa	**Cargo :** Auxiliar	**Calificación:** 60%
Fecha de ingreso:	**Centro de Trabajo:** LC	**Proceso** operativo	

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito



Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.



Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa



Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, presenta quejas que se puedan constituir acoso laboral. situaciones que



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 8
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



X

PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



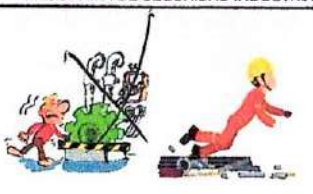
X

PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



X

PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



X

PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



X

Reducir el riesgo para la salud



X

Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



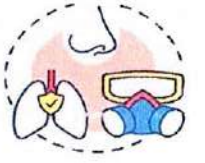
Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



X

PVE BIOMECANICO



X

PVE RESPIRATORIO



X

PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

12, Señale con una X, deberes de la ARL



X

Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



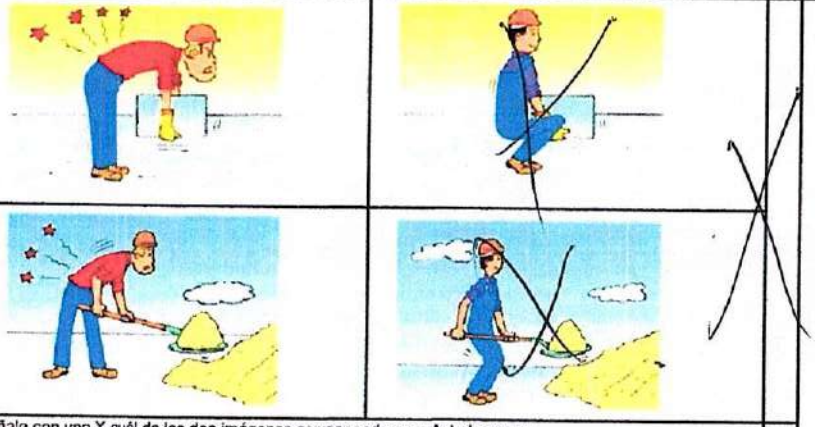
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



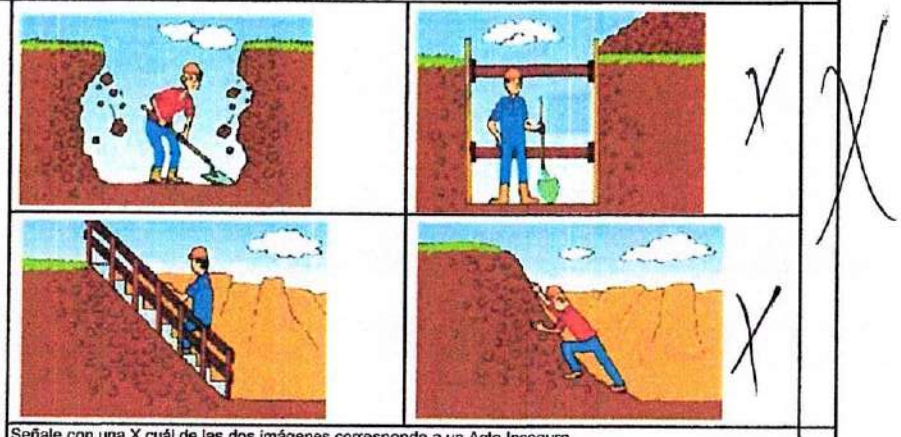
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 8
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA: 4 de 5

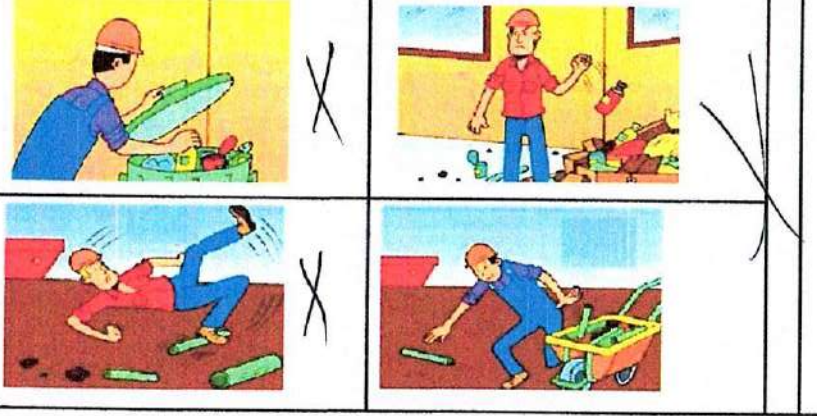
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



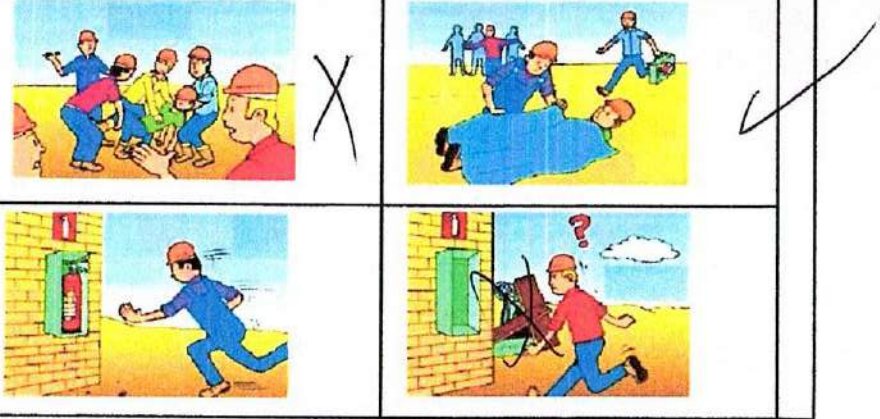
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



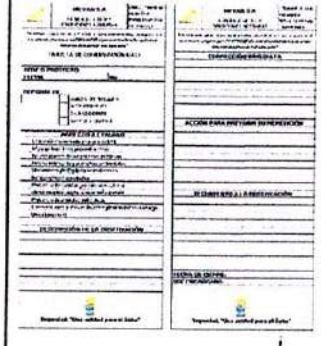
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación **2.** Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



4 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



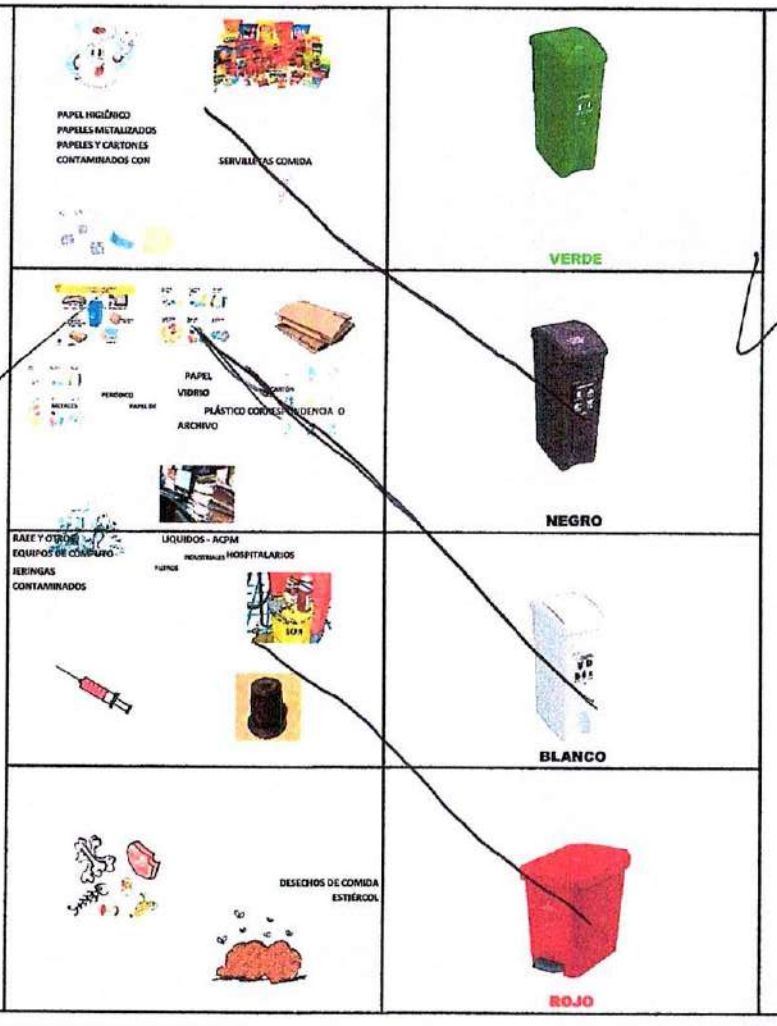
1 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



171830

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:

NOMBRE Einer Andres Gomez FECHA DE INDUCCIÓN 20-04-2026

CARGO ayudant de obra

OBRA obra civil ez luiz cesar II FECHA DE INGRESO 20-04-2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:

Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ

Socialización donde se trataron temas:

Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Gaz

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Einer Andres Gomez Tombe, identificado con cédula de ciudadanía No 1223140588 de la uribe, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.

Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

Para constancia se firma en la ciudad de Onzé a los 20 días del mes de 04 de 2026.

Einer Gomez
FIRMA DEL EMPLEADO

1223140588
NÚMERO DE CEDULA

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Einer Andres gomez Tombe, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 20 días del mes de Abril de 2026.

FIRMA: Einer gomez

NOMBRE: Einer Gomez Tombe

CÉDULA: 1123140588

121E32

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Einer Andres gomeztombe identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1123140588 expedida en la uribe, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de Abril del 2026.

Firma: Einer gomez

Nombre: Einer Andres Gomez tombe

Cédula: 1123140588

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 28-06-2024
		PÁGINA: 1 de 5

Fecha: 20-01-2026 **Nombres y apellidos:** Elmer gomez **Cargo:** Ayudante **Calificación:** 80%

Fecha de Ingreso: 20-01-2026 **Centro de Trabajo:** I.C **Proceso** operativo.

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

121e33

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 28-06-2024
		PAGINA:2 de 5

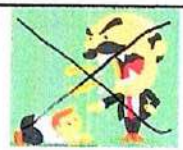
5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los límites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Politica del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, quejas que se presente situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, Incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

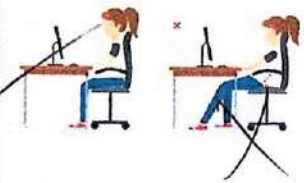
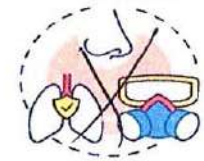
12834

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 8
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:

 PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV	 PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
 PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS	 PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?

 PVE BIOMECANICO	 PVE RESPIRATORIO
 PVE AUDITIVO	 PVE MEDIO AMBIENTE

11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:

 Reducir el riesgo para la salud	 Laborar con seguridad en el lugar de trabajo
 Reducir la probabilidad de una lesión	 Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

12, Señale con una X, deberes de la ARL

 Fomento de estilos de vida saludables.	 Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.
 Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.	 Asesoría técnica.

12/08/25

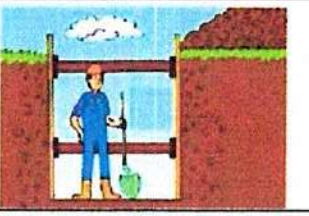
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:4 de 5

13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro





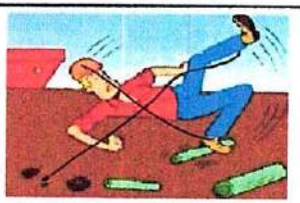
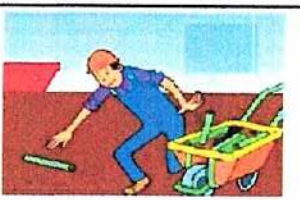

14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro





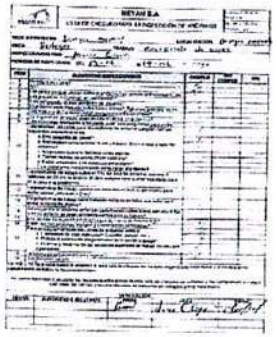

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA 5 de 5

17. Identifique con:

1. Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

2.

LISTA DE CHEQUEO



4

CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



1

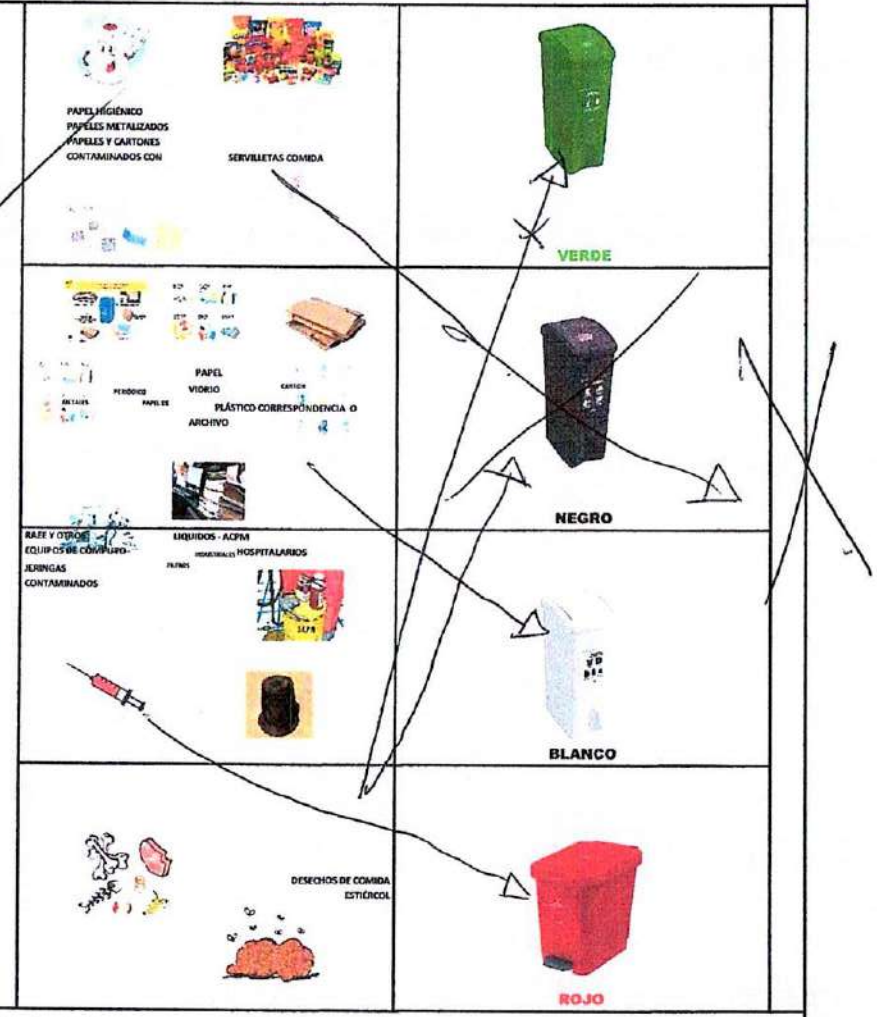
TÚ PARTICIPACIÓN CUENTA



2

PERMISO DE TRABAJO

18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



12e37

121e3e

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:

NOMBRE Diego Rios Olaya FECHA DE INDUCCIÓN 20/04/2026

CARGO ayudante obra

OBRA obra civil 02 Luiz castillo FECHA DE INGRESO 20/04/2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:

Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ

Socialización donde se trataron temas:

Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garzon

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Diego Rios Olaya, identificado con cédula de ciudadanía No 1123141009 de San Jose, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.

Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

Para constancia se firma en la ciudad de Yopal a los 20 días del mes de 04 de 2026.

Diego rios olaya. — FIRMA DEL EMPLEADO

1123141009 — NÚMERO DE CEDULA

121e39

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Diego Rios olaya, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 10 días del mes de 04 de 2020.

FIRMA: Diego Rios olaya.

NOMBRE: Diego

CÉDULA: 1123111009

121640

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Diego rios olaya identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1123141009 expedida en San José Guaviare, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de Abril del 20___.

Firma: Diego rios olaya

Nombre: Diego

Cédula: 1123141009

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 20/04/2026	**Nombres y apellidos:** Diego Mio Olaya		**Cargo :** Auxiliar de obra	**Calificación:** 70%
Fecha de Ingreso: 20/04/2026	**Centro de Trabajo:**		**Proceso**	

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

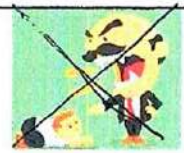
5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los limites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

12842

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

11. Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



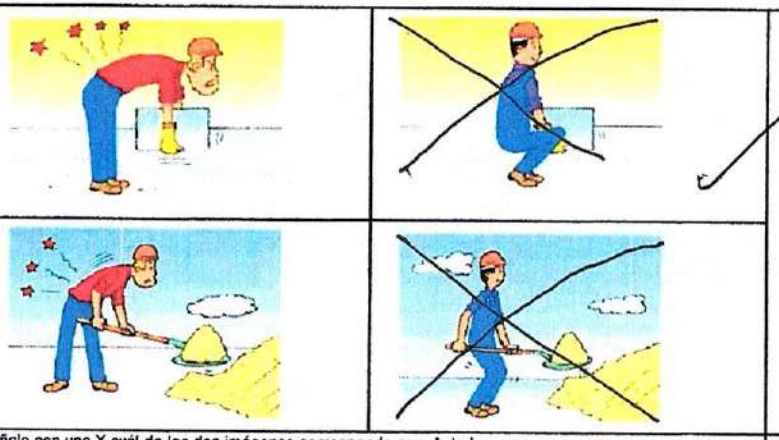
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



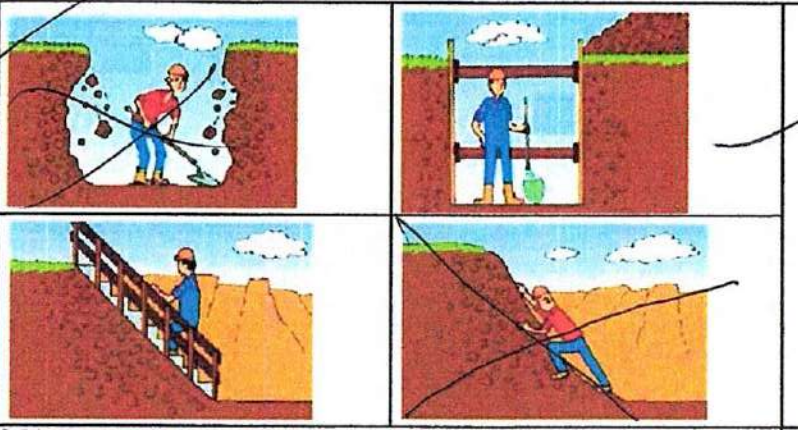
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA: 4 de 5

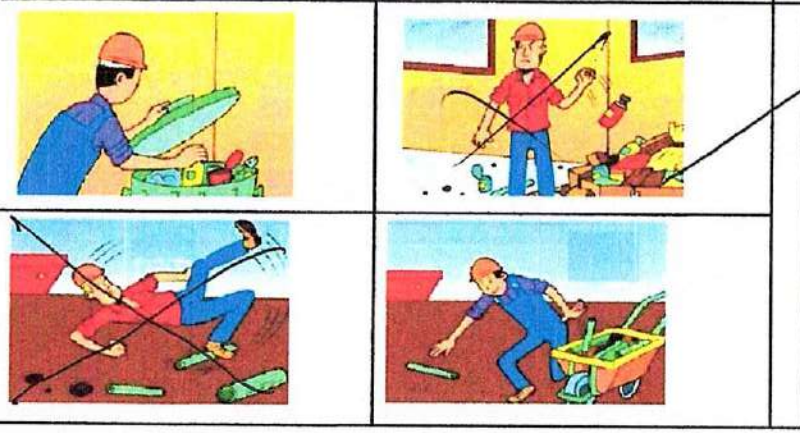
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro

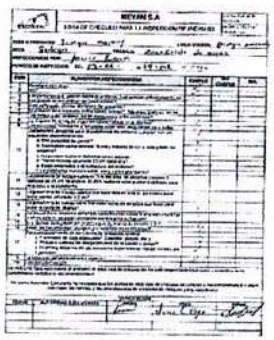


12844

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-05 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

LISTA DE CHEQUEO



CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



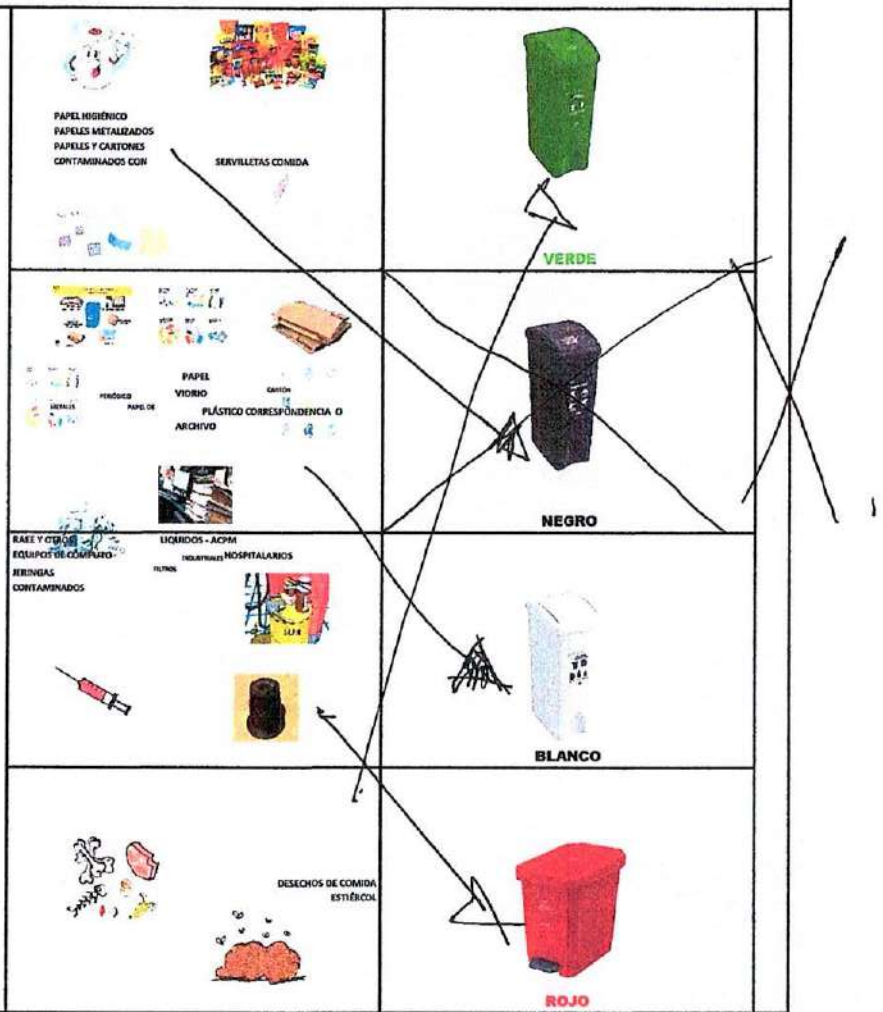
TU PARTICIPACIÓN CUENTA



PERMISO DE TRABAJO



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



121646

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE Delio Bastidas FECHA DE INDUCCIÓN 20-4-26
CARGO Maestro de obra
OBRA Obras Civiles Lucio FECHA DE INGRESO 20.04.2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza Edna Katlene Gayon

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Delio Bastidas males, identificado con cédula de ciudadanía No 5292066 de Onle., autorizó a mi EMPLEADOR CUVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Lauriberit a los 20 días del mes de 04 2026 de 20___.

FIRMA DEL EMPLEADO

5292066
NÚMERO DE CEDULA

(21B4)

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Hernan Bastidas, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 20 días del mes de 04 de 2026.

FIRMA: Hernan Bastidas

NOMBRE: Delzo Bastidas

CÉDULA: 5299066

121848

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Delio Bastidas identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 5292066 expedida en Mallama nose, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de 04 2026 del 20 26

Firma: Hem Bast

Nombre: Delio Bastidas

Cédula: 5292066

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-00 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha: 04-2026 **Nombres y apellidos:** Delio Bastidas Mola **Cargo:** Maestro **Calificación:** 80%

Fecha de Ingreso: **Centro de Trabajo:** **Proceso** Operativo

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Con el uso correcto de los elementos de protección Individual



Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal



Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O



Honestidad



Responsabilidad



Pertenencia



Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Calidad en el trabajo que realizamos



Dejar la basura donde sea



Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad



Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo



No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo



Consumiendo alcohol en lugar de trabajo



No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo



No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 X Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los límites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 X Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 X No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

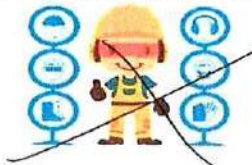
 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, Incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

Inteso

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

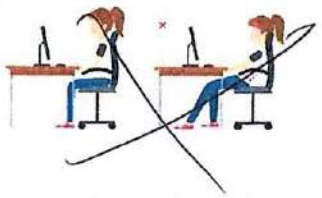


PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS

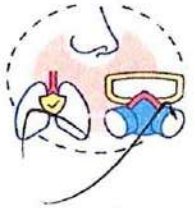


PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

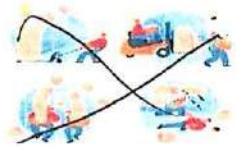
11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



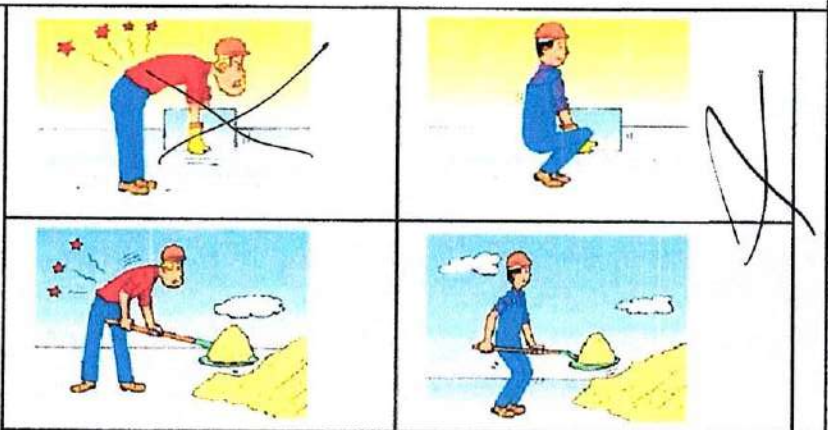
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



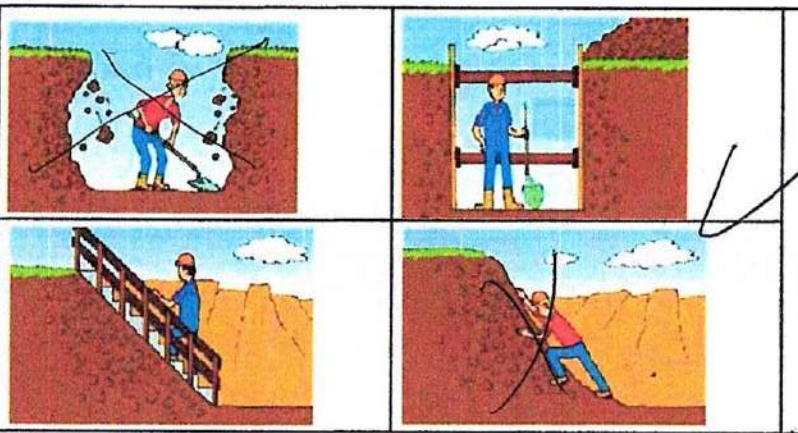
Asesoría técnica.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:4 de 5

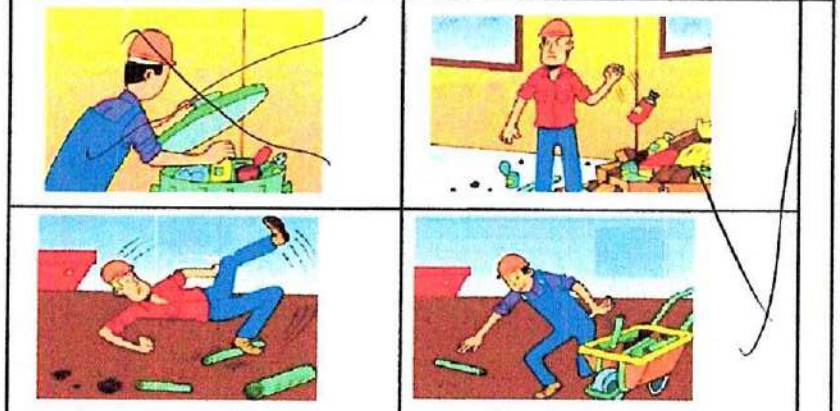
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



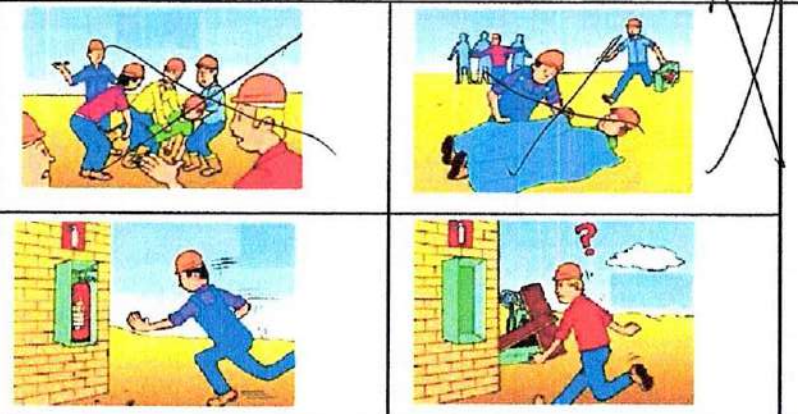
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro

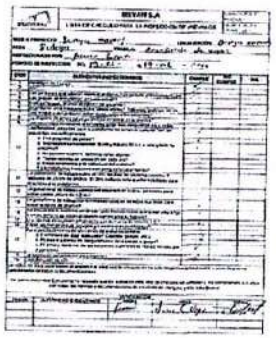


	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA 5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer

2 LISTA DE CHEQUEO



1 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

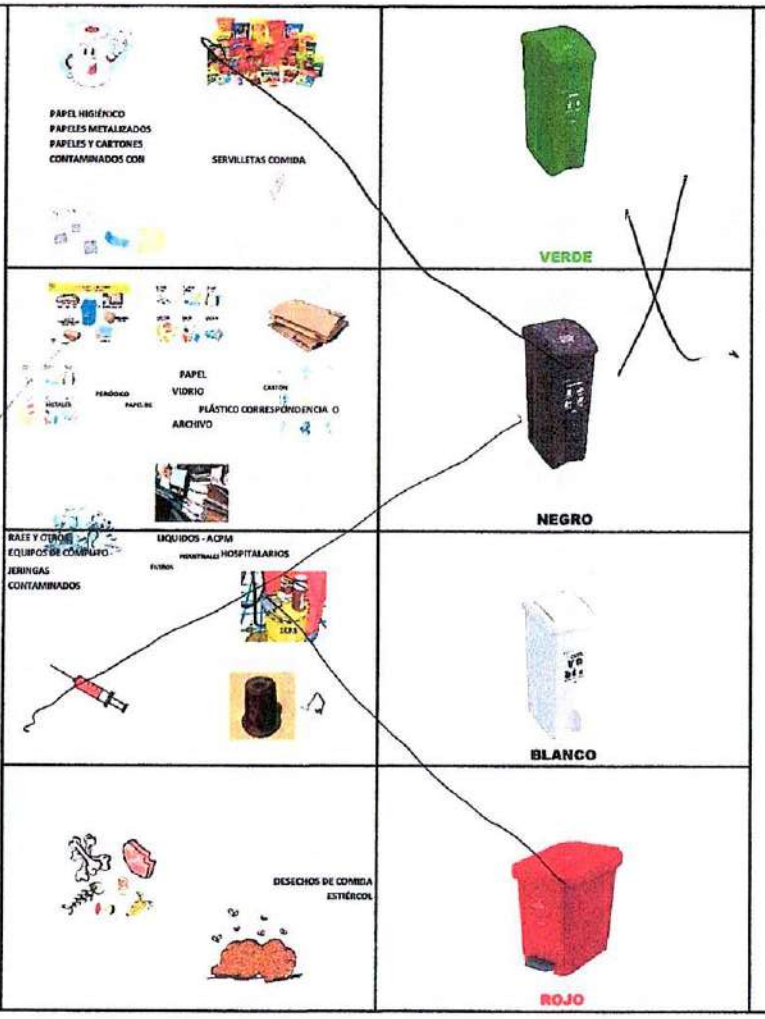


TÚ PARTICIPACIÓN CUENTA



PERMISO DE TRABAJO





	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:
NOMBRE Yhavian esteban Alvarado Pinto FECHA DE INDUCCIÓN 13-04-26
CARGO Ayudante de obra.
OBRA Y Bejarano. FECHA DE INGRESO 14-04-26

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:
Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garzon S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
SI	
DURACIÓN DE HORAS	
1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Yhavian Esteban Alvarado Pinto, identificado con cédula de ciudadanía No 1006839559 de Villavicencio, autorizó a mi EMPLEADOR CYCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Villavo a los 13 días del mes de 04 de 2026.

X Yhavian Alvarado
FIRMA DEL EMPLEADO

X 1006839559.
NÚMERO DE CEDULA

121ES5

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Dorian Esteban Ahumada Riaño, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 13 días del mes de 01 de 2026.

FIRMA: Dorian Ahumada.

NOMBRE: Dorian Esteban Ahumada Riaño

CÉDULA: 1006839539

121856

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Davian Esteban Ahumada Riaño.
identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1006839539. expedida en Uribe Meta., autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 13 de 9 del 2026.

Firma: Davian Ahumada.

Nombre: Davian Esteban Ahumada Riaño.

Cédula: 1006839539.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha:	13 4 2026	Nombres y apellidos:	Adrian Esteban Alvarado Rivera	Cargo:	Ayudante de obra.
Calificación:	100%				
Fecha de Ingreso:	14 4 2026.	Centro de Trabajo:		Proceso	

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección Individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	REVISIÓN: 6
		FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito



Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.

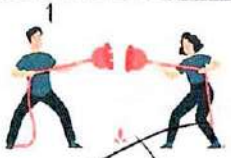


Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa



Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral





Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, Incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 28-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

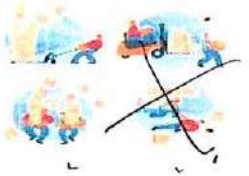
11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo

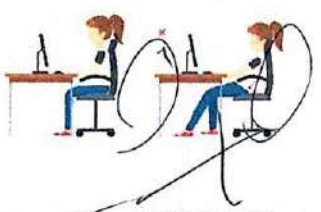


Reducir la probabilidad de una lesión

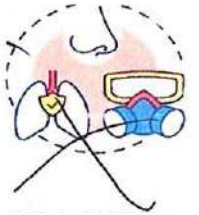


Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

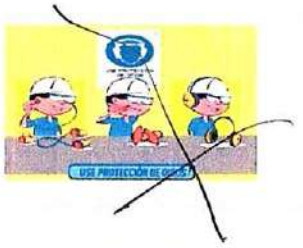
10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.

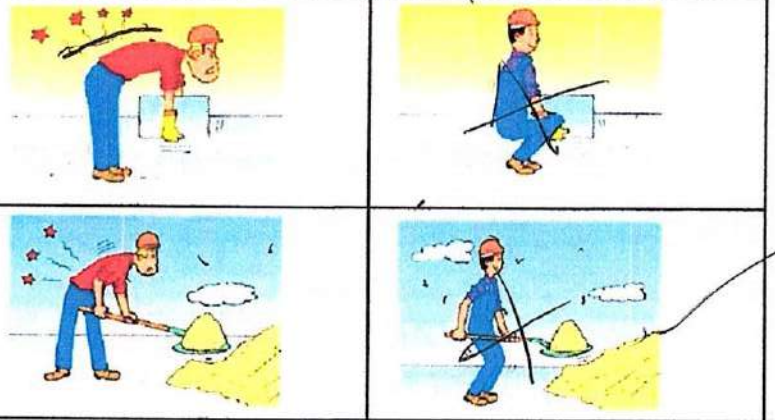


Asesoría técnica.

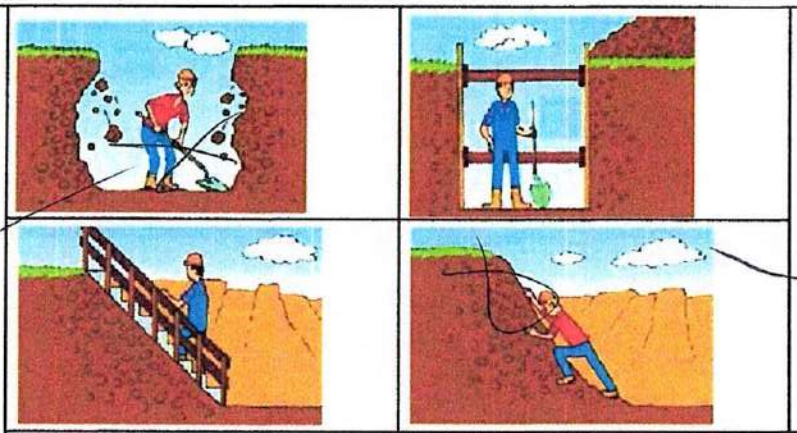
65121

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:4 de 5

13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



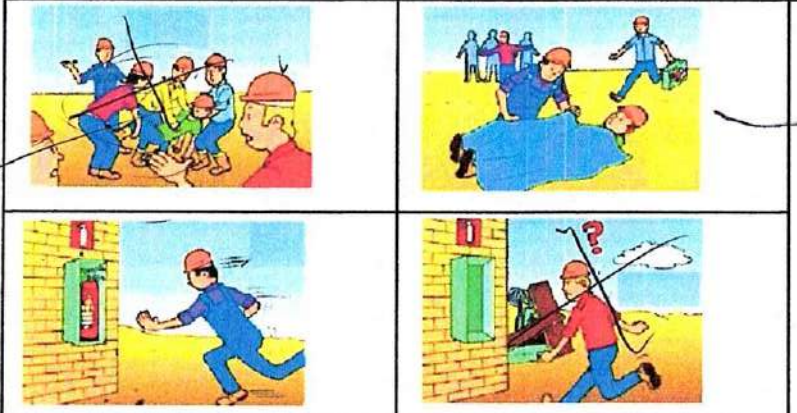
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



09211

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 28-06-2024
		PAGINA:5 de 5

17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

LISTA DE CHEQUEO

2



CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS



TÚ PARTICIPACIÓN CUENTA

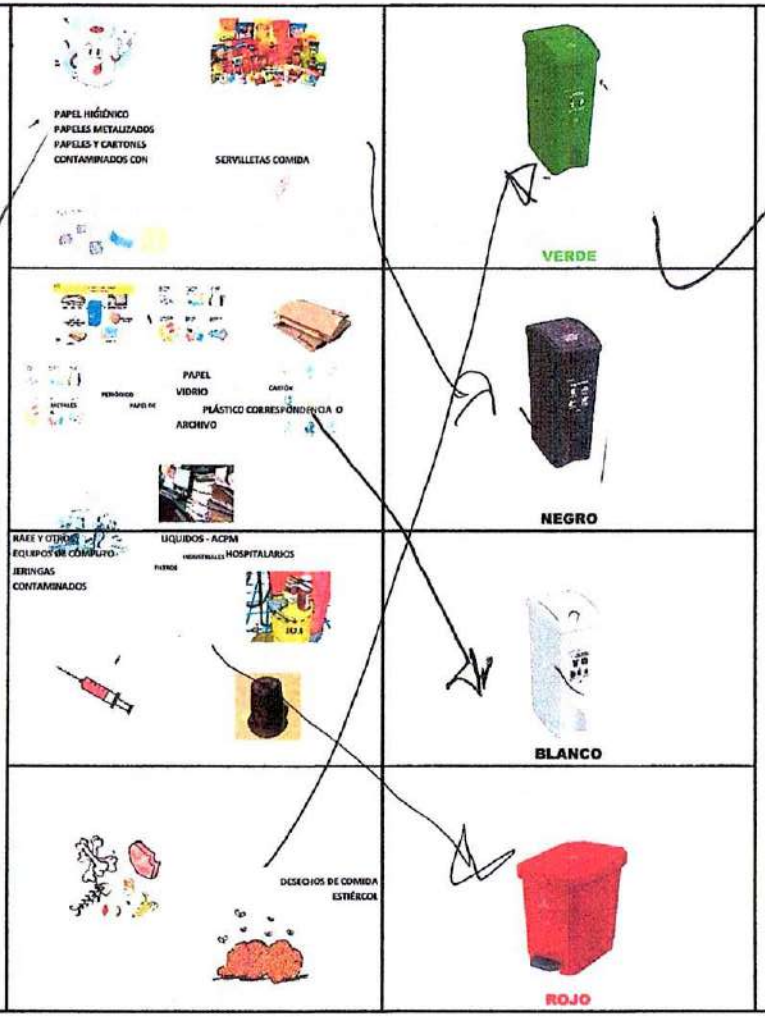


PERMISO DE TRABAJO

2



18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer



19411

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-04 REVISION: 1
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN	FECHA: 13/02/2020 PAGINA: 1 DE 1

Datos del trabajador:

NOMBRE Jhon Freider FECHA DE INDUCCIÓN 20 / 04 / 2026

CARGO Ayudante en Obra

OBRA CVCO FECHA DE INGRESO 21 / 04 / 2026

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

PROCESO-RECURSOS HUMANOS:

Socialización y entrega de copia:

	SE ENTREGO SI	SE ENTREGO NO
Perfil de Cargo y/o funciones	SI	
Contrato	SI	
Afiliación a Salud	SI	
Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales	SI	
Certificado Pensión	SI	
Afiliación a Pensión	SI	
Afiliación Caja de Compensación	SI	
Reglamento Interno de Trabajo	SI	
Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante	SI	
DURACION EN HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ

Socialización donde se trataron temas:

Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garzon S

CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO

	SE REALIZO SI	SE REALIZO NO
	SI	
DURACIÓN DE HORAS	1h	

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Jhon Freider Garcia, identificado con cédula de ciudadanía No 1076740150 de Uribe, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.

Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

Para constancia se firma en la ciudad de Uribe Meta a los 20 días del mes de 04 de 2026

FIRMA DEL EMPLEADO

1076740150
NÚMERO DE CEDULA

121663

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-19 REVISIÓN: 2
	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	FECHA: 20-02-2020 Página 1 de 1

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Jhon Freider Garcia, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 20 días del mes de Oct de 20 26.

FIRMA:

NOMBRE: Jhon Freider

CÉDULA: 1076 740 150

121E64

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-32
		REVISIÓN: 0
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	FECHA: 06-08-2024
		PAGINA: 1 DE 1

El(la) suscrito(a) Jnar Fuelder Garcia Guarero identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1076740 150 expedida en Uribe meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de 04 del 20 26

Firma:

Nombre: Jnar Fuelder

Cédula: 1076 740 150

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:1 de 5

Fecha:	20/04/2026	**Nombres y apellidos:**	Jhon Freider Garcia	**Cargo:** Ayudante en obra	**Calificación:** 100%
Fecha de Ingreso:	21/04/2026	**Centro de Trabajo:**	Unidad Palmera	**Proceso**	Operativo

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

 Con el uso correcto de los elementos de protección individual	 Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal
 Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral	 Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

 Honestidad	 Responsabilidad
 Pertenencia	 Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

 Calidad en el trabajo que realizamos	 Dejar la basura donde sea
 Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad	 Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

 No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo	 Consumiendo alcohol en lugar de trabajo
 No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo	 No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

59111

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-06 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 25-06-2024
		PAGINA:2 de 5

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

 Respetando las señales de transito	 Conociendo y respetando los límites de velocidad
 Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	 Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

 Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad	 Política de Desconexión Laboral
 Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial	 Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

 No interferir en los casos de acoso laboral	 Recibir, quejas que se presente situaciones que pueden constituir acoso laboral.
 Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.	 Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

 Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.	 Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada
 Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, Incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.	 Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

69811

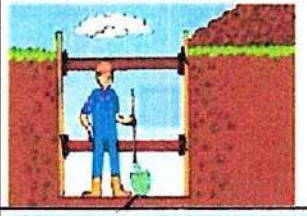
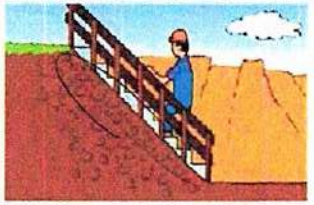
	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA: 4 de 5

13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



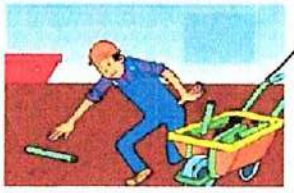



14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura


15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro






	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:3 de 5

9. ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:



PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS

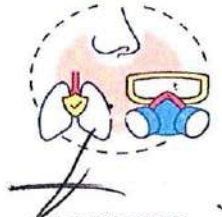


PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

10. ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

11, Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

12, Señale con una X, deberes de la ARL



Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



Asesoría técnica.

12163

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CÓDIGO: FOR-RH-08 (A)
		REVISIÓN: 6
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN	FECHA: 26-06-2024
		PAGINA:5 de 5

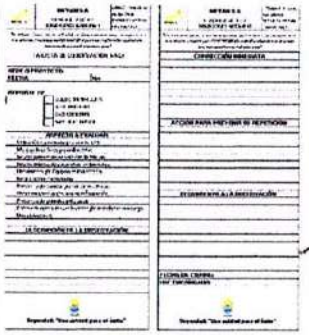
17. Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

18. Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer

2 LISTA DE CHEQUEO



1 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

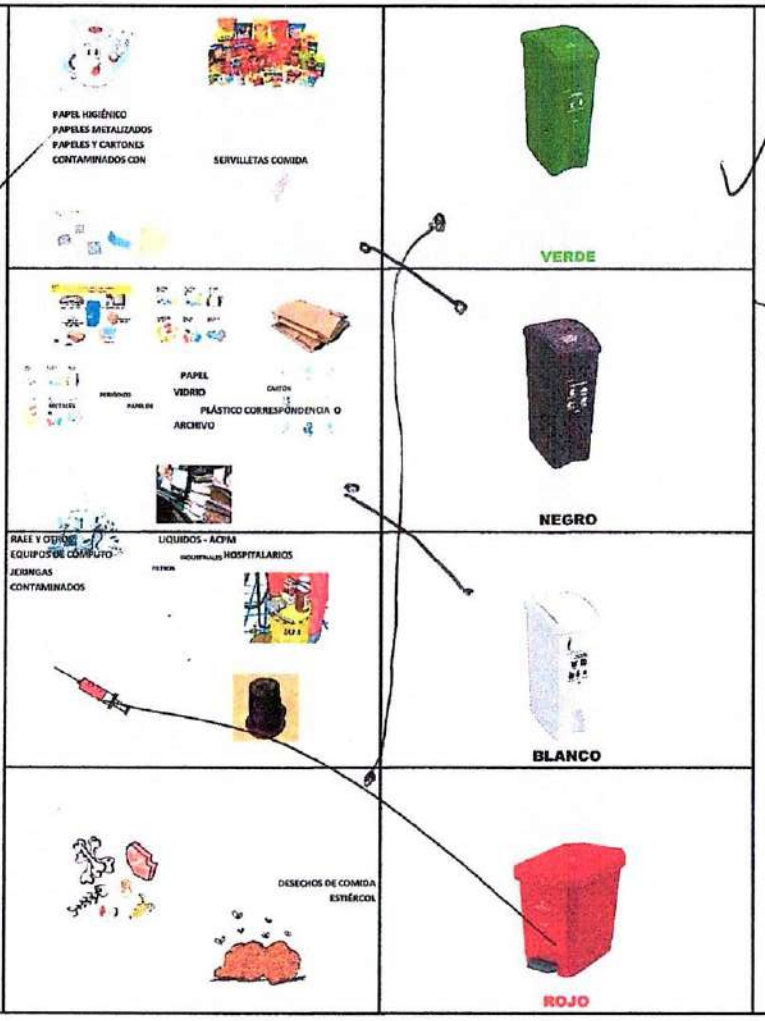


1 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO





12869

ANEXO 4.REGISTRO CAPACITACIONES

CAPACITACIÓN: proceso educativo a corto plazo de mínimo 1 hora de duración o formación que utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado, mediante el cual, el trabajador adquiere e incrementa sus conocimientos, destrezas y habilidades, técnicas, teóricas y prácticas necesarias para acrecentar la eficacia en el logro de las metas organizacionales. (**Entregables**: Informe-registro fotográfico, lista de asistencia y evaluación de capacitación; si es virtual soporte de la difusión, material y entregables de la capacitación)

CAMPAÑA: se asume como el conjunto de acciones que, de forma creativa y participativa, dirigen al trabajador por diferentes actividades diseñadas para crear un cambio de comportamiento. La campaña busca un espacio donde se desarrollen habilidades de manera que se maximizar el aprendizaje y la retención. (**Entregables**: Informe-registro fotográfico y listado de asistencia)

ACTIVIDADES DE BIENESTAR: ARTÍCULO 21. Reglamentado por el Decreto 1172 de 1991. Adicionase al Capítulo II del Título VI Parte Primera del Código Sustantivo del Trabajo el siguiente artículo: En las empresas con más de cincuenta (50) trabajadores que laboren cuarenta y ocho (48) horas a la semana, estos tendrán derecho a que dos (2) horas de dicha jornada, por cuenta del empleador, se dediquen exclusivamente a actividades recreativas, culturales, deportivas o de capacitación. (**Entregables**: Informe-registro fotográfico y listado de asistencia

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-22
		REVISIÓN: 1
	INFORME DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, CAMPAÑA Y BIENESTAR	FECHA: 04-02-2021
		PAGINA: 2 de 2

DATOS GENERALES						
1. Centro e trabajo:	**Consorcio Vial Conexion Orinoquia**					
2. Quien dirige la actividad	RICARDO REYES Y EDNA KATTERINE GARZON SANCHEZ					
3. El informe corresponde a:	Capacitación	X	Campaña		Bienestar	
4. Tema : PROGRAMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						
5. Orientación de la actividad: Señale de una de las siguientes opciones						
Seguridad		COPASST		Seguridad Vial		
Salud en el trabajo	X	Brigadista		Bienestar		
Medio ambiente		Comité de convivencia		Otro		
Recreativa		Cultural		Deportiva		
6. Tipo	Virtual		Presencial			
7. Requiere evaluación	NO		SI			
8. Requiere evaluación	NO		SI			
9. Duración en horas	1 HORA					
10. Número de personas	92					

2021



PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)

Objetivo: Capacitar a todo el personal y brindar las herramientas necesarias para la correcta identificación evaluación y aplicación de controles de seguridad durante los procesos productivos y administrativos que se desarrollan en C.V.C.O.

Fecha: 28-04-2026



META: Capacitar al 100% sobre PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)

ALCANCE: Aplica para todo el personal quien realiza actividades para el Consorcio Vial Conexión Orinoquia.

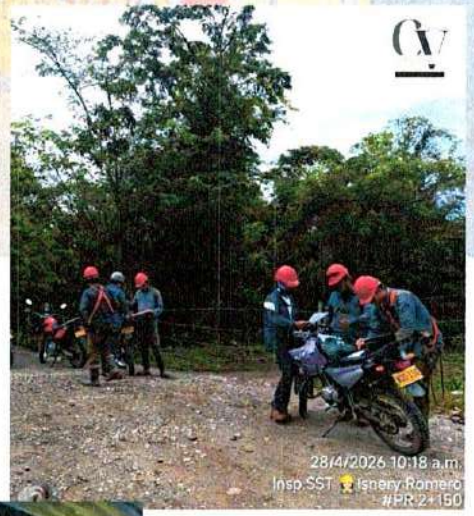


DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

1. Se realiza capacitación sobre ¿PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)?.
2. Se solicita realizar grupos de tres (3), y se procede a realizar evaluación con cinco (5) preguntas de marcar la pregunta correcta.
3. Adicional, se solicita realizar evaluación del capacitador que se encuentra como anexo a la evaluación.
4. Al culminar se da los agradecimientos por la buena participación, despejando dudas y resolviendo cada una de las preguntas de la evaluación.

REGISTRO FOTOGRAFICO







CONCLUSIONES

Los procedimientos seguros (permisos de trabajo, ATS, listas de chequeo) es fundamental para prevenir accidentes graves, asegurar el cumplimiento legal y crear una cultura preventiva. Estas herramientas identifican peligros (ATS), controlan riesgos en tareas críticas y estandarizan métodos de trabajo seguro, reduciendo la accidentabilidad. **Importancia Clave de la Capacitación:**

Identificación Proactiva de Peligros (ATS): Capacita a los trabajadores para reconocer condiciones peligrosas y pasos críticos antes de iniciar la labor.

Gestión del Riesgo en Alto Riesgo (Permisos de Trabajo): Permite verificar que se apliquen todas las medidas de seguridad antes y durante tareas peligrosas (alturas, espacios confinados, caliente, etc.).

Estandarización y Cumplimiento: Asegura que todos los empleados ejecuten las tareas de la misma manera, bajo estándares seguros y alineados con la normatividad legal.

Verificación sistemática (Listas de Chequeo): Garantiza el estado óptimo de herramientas y equipos de protección personal (EPP) antes de su uso.

Cultura de Prevención: Transforma el enfoque de seguridad de reactivo a proactivo, aumentando la responsabilidad compartida

121870

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha:	0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)		

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T

1. CONTENIDO Y METODOLOGIA	
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?	
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados	
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado	
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.	
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR	
2.1. La información que proporciono fue clara	
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.	
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado	
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante	
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD	
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral	
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.	
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos	
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal	
4. ORGANIZACIÓN	
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado	
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones	
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)	
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue	
5. OTRO	
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra	
6. OBSERVACIONES:	

12E79

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha:	0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)		

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

121080

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: D 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T

1. CONTENIDO Y METODOLOGIA			
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?			
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados			
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado			
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.			
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR			
2.1. La información que proporciono fue clara			
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.			
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado			
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante			
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD			
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral			
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.			
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos			
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal			
4. ORGANIZACIÓN			
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado			
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones			
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)			
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue			
5. OTRO			
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra			
6. OBSERVACIONES:			

Nicol

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia.

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

121662

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 28/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

12ee3

CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 28/04/2016 PAGINA: 1 DE 1
CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26

ROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)

l es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?							
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados							
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado							
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.							
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara							
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.							
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado							
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante							
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral							
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.							
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos							
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal							
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado							
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones							
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)							
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue							
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra							
6. OBSERVACIONES:							

12ee4

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		
6. OBSERVACIONES:							

121665

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T

1. CONTENIDO Y METODOLOGIA			
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?			
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados			
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado			
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.			
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR			
2.1. La información que proporciono fue clara			
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.			
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado			
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante			
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD			
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral			
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.			
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos			
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal			
4. ORGANIZACIÓN			
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado			
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones			
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)			
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue			
5. OTRO			
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra			
6. OBSERVACIONES:			

121E66

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?							
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados							
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado							
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.							
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara							
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.							
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado							
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante							
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral							
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.							
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos							
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal							
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado							
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones							
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)							
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue							
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra							

6. OBSERVACIONES:

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					✓		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					✓		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					✓		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					✓		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					✓		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					✓		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					✓		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					✓		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					✓		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					✓		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					✓		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					✓		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					✓		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					✓		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					✓		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					✓		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					✓		
6. OBSERVACIONES:							

12666

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

121669

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: D 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia.

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T

1. CONTENIDO Y METODOLOGIA			
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?			
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados			
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado			
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.			
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR			
2.1. La información que proporciono fue clara			
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.			
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado			
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante			
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD			
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral			
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.			
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos			
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal			
4. ORGANIZACIÓN			
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado			
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones			
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)			
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue			
5. OTRO			
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra			
6. OBSERVACIONES:			

121e90

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha:	D 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)		

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.					X		
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante					X		
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos					X		
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: D 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia,

Teniendo en cuenta:	SATISFECHO	PENSATIVO	TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T
1. CONTENIDO Y METODOLOGIA							
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?					X		
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados					X		
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado					X		
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.							
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR							
2.1. La información que proporciono fue clara					X		
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.					X		
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado					X		
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante							
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD							
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral					X		
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.					X		
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos							
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal					X		
4. ORGANIZACIÓN							
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado					X		
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones					X		
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)					X		
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue					X		
5. OTRO							
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra					X		

6. OBSERVACIONES:

121892

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-23 REVISIÓN: 1
	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRANAMIENTO	FECHA: 26/04/2016 PAGINA: 1 DE 1

Sede o proyecto:	CVCO	Fecha: 0 28 MM 4 AA 26
Titulo de la actividad:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Su opinión es muy importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar el siguiente formato de la manera más objetiva, calificando cada una de acuerdo con su experiencia.

Teniendo en cuenta:	 SATISFECHO	 PENSATIVO	 TRISTE	Como se siente con respecto a:	S	P	T

1. CONTENIDO Y METODOLOGIA			
1.1. Los objetivos de la capacitación fueron presentados con claridad?			
1.2. Los contenidos de la capacitación respondieron satisfactoriamente a los objetivos planteados			
1.3. El nivel de profundidad de los contenidos de la capacitación ha sido adecuado			
1.4. El desarrollo de los temas se realizó de una forma sencilla y entendible.			
2. CAPACITADOR O ENTRENADOR			
2.1. La información que proporciono fue clara			
2.2. Respondió adecuadamente a las inquietudes planteadas.			
2.3. El material didáctico presentado (láminas, acetatos, diapositivas, lecturas etc.) fue variado y apropiado			
2.4. Despertó y mantuvo el interés del participante			
3. UTILIDAD Y APLICABILIDAD			
3.1. Los temas presentados son aplicables a su actividad laboral			
3.2. Los temas presentados respondieron a sus intereses y expectativas.			
3.3. Los temas presentados le aportan conocimientos nuevos			
3.4. Los temas presentados aportan a su vida personal			
4. ORGANIZACIÓN			
4.1. La citación a la capacitación se realizó, con un tiempo adecuado			
4.2. El material que se utilizó en la capacitación (cartillas, fotocopias, esferos, cuadernillos) fue proporcionado oportunamente y en buenas condiciones			
4.3. El lugar donde se realizó la capacitación presentaba en un estado adecuado (Ventilación, higiene, iluminación, mobiliario)			
4.4 En general el trato que recibió del personal organizador de la capacitación fue			
5. OTRO			
5.1. Al terminar la capacitación se encuentra			
6. OBSERVACIONES:			

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01
CV		REVISIÓN: 7
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016
		PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAMENE

FECHA: 28 (DD) 4 (MM) 2026 (AA) DURACIÓN: (HORAS) | FACILITADOR O INSTRUCTOR:

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		REINDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	Jessica Aguirre	CVCO.	Aux.	1006839760	Jessica A			
2	Jhon Arana	CVCO	Ayr.	77287305				
3	Jesus Darwin R.	TSJ	Operador dT	1728601				
4	Miguel Angel Arnedo	TSJ	Ayr Mecanico	1131120001				
5	Santiago Ruiz	TSJ	operador	1003114351				
6	Edward Esneider Lanzal	CVCO	Almacenista	1123107787				
7	Jeferson Zapata	Porsincula	conductor	1119949361	Andres Zapata			
8	Robinson Chingate	CVCO	Ayudante Almacen	1006839687.				
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

8/.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01 REVISIÓN: 7
CV	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016 PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO : MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: DD	MM	AA	DURACIÓN: HORAS	FACILITADOR O INSTRUCTOR:
28	4	2025	0.5	Catalina Rincon.

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		CHARLA		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA				BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inicial	Confirmatoria	
1	CARLOS CARDOZO ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	MAESTRO DE OBRA	97.610.862				
2	DIOMEDES PERILLA ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	MAESTRO DE OBRA	1.007.584.885				
3	JUAN DAVID CEBALLOS	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	1.122.676.444				
4	DAVIAN RAUL CARDOZO ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	OFICIAL DE OBRA	1.006.701.688				
5	ALEXIS CHAVEZ ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	1.007.417.771				
6	DARWIN FABIAN MAECHA ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	1.123.141.363				
7	JAKSON JAVIER MANUEL VITOLA ✓	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	1.002.388.422				
8	DEIBER SANTIAGO RODRIGUEZ	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	AYUDANTE DE OBRA	1.117.511.783				
9	Jhan Kevin Salazar ✓			1050952947	Kevin S.			
10	esteban ortiz ✓	E C O	Ayudante	1121433313	E.C.S			
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

9/.

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01
CV		REVISIÓN: 7
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016
		PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO : MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAMENE

FECHA: 28 (DD) 4 (MM) 2026 (AA) DURACIÓN: (HORAS) | FACILITADOR O INSTRUCTOR: Catalina Rincon

TEMA: PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)

INDUCCIÓN		REINDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	Jose Manuel Ricardo ✓	CVCO	Ayudante	1082373578				
2	Stefania Cardoso ✓	CVCO	Controladora	1117808656	Stefania			
3	Yineth Robayo ✓	TSJ	Ayudante	1109419489	Yineth			
4	Angelo Gonzalez ✓	CVCO	Inspector	74812367				
5	Oscar Vega ✓	TSJ	Ayudante	1022925522				
6	Carlos ✓	TSJ		1007182551	Carlos			
7	Anibal Montero ✓	TSJ	Ayudante	87575544	Anibal			
8	Juan Felipe Villaquiran	TSJ	Ayudante	X1278342 46	Juan			
9	MILLER JAVIER ✓	TSJ	AYUDANTE	93021842	MILLER			
10	Jaurey Cano ✓	TSJ	Ayudante	1169246555	Jenier			
11	Elkin Triana ✓	TSJ	Ayudante	1123141128	Elkin			
12	Gustavo ✓	TSJ	Ayudante	1006650295	Gustavo			
13	Jhon ✓	TSJ	Ayudante		Jonny			
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

13 ✓

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01 REVISIÓN: 7
CV	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016 PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO : MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: 28 (DD) 4 (MM) 2026 (AA) DURACIÓN: 0.5 HORAS | FACILITADOR O INSTRUCTOR: Catalina Rincon

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		CHARLA		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS
INDUCCIÓN ESPECIFICA				BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	MAYERLY CATALINA CACERES RINCON	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	SST	1.057.609.292	Catalina Rinco			
2	FILIMON ALOS CHICAME	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	AYUDANTE DE OBRA	4.649.675				
3	LUIS CASTILLO	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	MAESTRO DE OBRA ENCARGADO	7.302.329				
4	RICARDO GUTIERREZ CELIS	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	OFICIAL DE OBRA	80.452.912				
5	LUIS NARANJO ORTEGA	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	AYUDANTE DE OBRA	1.119.946.292				
6	DAILY ACOSTA MURILLO	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	AYUDANTE DE OBRA	1.013.639.013				
7	JHOJAN ESTIVEN OSPINA ZAMBRANO	OBRAS CIVILIES LUIS CASTILLO	AYUDANTE DE OBRA	11.199.465.298				
8	Delio Bastidas			5298066				
9	Jhon Fernando Diosa			1.016932309	Jhon			
10	Diego Rios			11,23141609	Diego			
11	Einer Gomez			1192140588	Einer			
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01 REVISIÓN: 7
CV	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016 PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: 28 (DD)	4 (MM)	2025 (AA)	DURACIÓN: 0.5 HORAS	FACILITADOR O INSTRUCTOR:	Isnery Romero

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN				CAPACITACIÓN	X	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inicial	Confirmatoria	
1	FERLEY GARCIA MONTOYA	ACEGCOING	OFICIAL DE OBRA	1.075.246.528				
2	JORGE ARMIDE HERNANDEZ	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	1.095.105				
3	ANGEL YESID GARAVITO TRUJILLO	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	1.003.305.965				
4	ROBINSON CHAVARRIAGA	ACEGCOING	MAESTRO DE OBRA	1.121.827.481				
5	AUDIS RODRIGUEZ	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	10.953.280				
6	CARLOS VASQUEZ MOYANO	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	79.242.699				
7	ANDRES FELIPE URREA	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	1.123.143.182				
8	FRAINER JOSE MEJIA PINTO	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	1.121.043.153				
9	JHONATAN RENE ARANGO	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	4.514.254				
10	JHON ANDERSON TARAZONA	ACEGCOING	AYUDANTE DE OBRA	5.485.873				
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01 REVISIÓN: 7
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016 PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: 28 (DD)	4 (MM)	2026 (AA)	DURACIÓN: HORAS	0.5	FACILITADOR O INSTRUCTOR: Isnery Fomento

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		REINDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
2	JAVIER ENSISO ANACANA	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	1.007.897.609				
3	YIMY ALEXANDER ALVAREZ GOMEZ	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	1.116.202.610				
4	FLORESMIRO VARGAS ROJAS	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	12.194.244	Floresmiro			
5	DANIEL STIVEN VARGAS ROJAS	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	1.077.865.520	Daniel			
6	JOSE LUIS MANRIQUE ALDANA	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	SUPERVISOR DE OBRA	14.138.878				
7	ALBERTO CARVAJAL HOYOS	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	1.123.331.311	Alberto			
8	EDWAR RODRIGUEZ VELASQUEZ	PORTAL AMBIENTAL RY& S.A.S	AYUDANTE DE OBRA	1.006.549.090				
9	Wolfredo Tulcan	portal ambiental	Ayudante	77 690 663	Wolfredo			
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

7/

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01
CV		REVISIÓN: 7
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016
		PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO : MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAMENE

FECHA: 28 (DD) 4 (MM) 2026 (AA) DURACIÓN: (HORAS) | FACILITADOR O INSTRUCTOR: Isnery Romero

TEMA: PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)

INDUCCIÓN		REINDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	Brayan	EVCO.	Ayudante	1121962556	Brayan			
2	Alejandro Pinzon	CVCO	Conf.	1765 4888				
3	Martha Gonzalez	C.V.C.O	controladora	1020283				
4	Anderson Stiven Paz	CVCO	CAPATAZ	1123111224				
5	Fabian Segura M	CVCO	CADENERO	1006839342	Fabian			
6	Laura Portela Olaya	C.V.C.O.	Ing Ambiental	1121858053				
7	Juan David C.	METAN.S.A	Operador	1.077 676 444				
8	Luis Alejandro	CVCO	Ayudante	92410160				
9	Edwin Cordoba A	CVCO	OPERADOR.	77094829				
10	Jhon Henry Pedraza	CVCO	Cadenero 1	1006020956				
11	Yeison Lopez	CVCO	ayudante	1119947755	Yeison			
12	[illegible]							
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

12/

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01 REVISIÓN: 7
CV	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016 PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO : MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: 28 (DD) 4 (MM) 2025 (AA) DURACIÓN: 0.5 HORAS — FACILITADOR O INSTRUCTOR: Isnery Romero

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		CHARLA		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA				BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	JESUS SANTIAGO ORTIZ	BUILD ALTERNATIVA SAS	AYUDANTE DE OBRA	1.122.514.257				
2	JOHN JAIRO IZQUIERDO SANCHEZ	BUILD ALTERNATIVA SAS	MAESTRO DE OBRA	9.098.090				
3	EVER NOSSA	BUILD ALTERNATIVA SAS	OFICIAL DE OBRA	97.611.949				
4	HECTOR FABIO VALENCIA	BUILD ALTERNATIVA SAS	OFICIAL DE OBRA	97.613.885				
5	ROBINSON BAUTISTA	BUILD ALTERNATIVA SAS	OFICIAL DE OBRA	97.613.911				
6	EDGAR OSORIO	BUILD ALTERNATIVA SAS	AYUDANTE DE OBRA	7.254.294				
7	SEGUNDO FRANK SOLIS	BUILD ALTERNATIVA SAS	OFICIAL DE OBRA	1.087.114.628				
8	ISMAEL VELASQUEZ	BUILD ALTERNATIVA SAS	AYUDANTE DE OBRA	1.106.951.301				
9	FRANKLIN COLMENARES	BUILD ALTERNATIVA SAS	OFICIAL DE OBRA	86.080.491				
10	EINER FABIAN RAMIREZ	BUILD ALTERNATIVA SAS	AYUDANTE DE OBRA	1.123.141.231				
11	Otoniel Osorio	CVCO	Topografo	79698413				
12	Jefferson Gomez	CUCO	Residente	1006977528				
13	Jhon torres	CVCO	92703 65	TCC/L				
14	Ever Nossa							
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

	CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA	CODIGO: FOR-RH-01
CV		REVISIÓN: 7
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA: 02-02-2016
		PAGINA: 1 DE 1

SEDE O PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES URIBE-PAPAME

FECHA: DD	MM	AA	DURACIÓN HORAS	FACILITADOR O INSTRUCTOR:
28	4	2026	0.5	Jaremy Romero

TEMA: **PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. AST CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)**

INDUCCIÓN		REINDUCCIÓN		CAPACITACIÓN	x	REUNION INFORMATIVA		OTROS	
INDUCCIÓN ESPECIFICA		CHARLA		BRIEFING		REUNIÓN GENERAL		CUAL?	

N°	NOMBRE	EMPRESA	CARGO	CEDULA	FIRMA	RESULTADO PRUEBA DE ALCOHOLEMIA		EVALUACIÓN (APLICA PARA CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS)
						Inical	Confirmatoria	
1	JAIVER DAVID VALENCIA LAGUNA	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.120.385.188	david			
2	FERNEY PEREZ RAMIREZ	CONSTRUCCIONES BEJARANO	OFICIAL DE OBRA	1.097.608.521				
3	MIGUEL BEJARANO	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	79.670.027				
4	ARLEY PERMENIO MELGAREJO URREA	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.069.898.205				
5	HECTOR BALLESTEROS	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	80.774.400	Hector			
6	RICARDO BALLESTEROS	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	80.769.234	Ricardo			
7	FREDY LEON GARCIA	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.005.294.878	fredy			
8	JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.094.350.013				
9	DIEGO LOZANO	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.053.724.315	DIEGO			
10	GUILLERMO CARRILLO	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	1.094.347.455	— " —			
11	JHONNYS FUENTES	CONSTRUCCIONES BEJARANO	AYUDANTE DE OBRA	7.724.641				
12	[illegible]	" "	" "	[illegible]	[illegible]			
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								

*** POR FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA CLARA Y LEGIBLE

11

121902

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Jeferson Zapata.		Robinson chirgote	Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Conductor.		Ayudante de Almacen	
Empresa:	CVCO			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121903

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**
Nombre:	Santiago Ruiz - Jessica Agudelo		
Cargo:	Operador	Auxiliar	
Empresa:	TSJ	CVCO	
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez		
Cargo:	Supervisor SST		
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)		

Objetivo de la evaluación: Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

- A. Analisis de Trabajo Seguro.
- B. Ayudante Trabajo seguridad .
- C. Asociacion de trabajo seguro.
- D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

- A. Informe de gestión mensual.
- B. Ficha técnica del EPP.
- C. Permiso de trabajo.
- D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

- A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
- B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
- C. Para evaluar el desempeño del trabajador
- D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

- A. Continuar rápidamente para terminar antes.
- B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
- C. Continuar y usar EPP adicional.
- D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

- A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
- B. Análisis de riesgos y medidas de control.
- C. Hoja de vida del gerente de la empresa
- D. Ninguna de las anteriores.

121404

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Esneider Lanza, Miguel Arevilo			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Ayudante, Auxiliar Mecanico			
Empresa:	CUCO, TSJ			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

- A. Analisis de Trabajo Seguro.
- B. Ayudante Trabajo seguridad .
- C. Asociacion de trabajo seguro.
- D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

- A. Informe de gestión mensual.
- B. Ficha técnica del EPP.
- C. Permiso de trabajo.
- D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

- A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
- B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
- C. Para evaluar el desempeño del trabajador
- D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

- A. Continuar rápidamente para terminar antes.
- B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
- C. Continuar y usar EPP adicional.
- D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

- A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
- B. Análisis de riesgos y medidas de control.
- C. Hoja de vida del gerente de la empresa
- D. Ninguna de las anteriores.

121405

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Jonnny Tovar Serrano Perez			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Herrero operador GT			
Empresa:	CVCO CVCO			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

(A) Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
(C) Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

(A) Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
(B) Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
(B) Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121906

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Esteban Ortiz, Carlos Cardozo			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Carlos Cardozo			
Empresa:	Concretos y encofrados cordero			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121907

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Alexis Charles Davila Londoño			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	Concretos y Encofrados Cadiz.			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

(A) Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores.

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
(C.) Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

(A.) Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
(B.) Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
(B.) Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121408

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD** 28	**MM** 04	**AA** 2026	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Jackson Manuel Jhan Kevin			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	Concretos y Excavados Cardozo			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121909

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Diomedes Pesilla Darwin Mahecha			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	Concretos y Excavaciones Caldera			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121910

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Michael, Juan, Miller			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	TSJ			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121911

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Jowert Duran			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Oscar Vega			
Empresa:	Asalto Gonzalez			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

X A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121912

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Gustavo Rodriguez - Yineth Robayo			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Ayudante de obra			
Empresa:	T. S. J			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121913

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Stefania Cardoso Carlos Urtaba Jarver Cañon			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Controladora Ayudantes Ayudantes			
Empresa:				
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad.
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

12/9/14

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Elkin Triana / Anibal Montero /			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	José Manuel Ricardo /			
Empresa:				
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
X. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121915

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Diego Rios Jhon Rosa Ingeniero Gomez			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	Catalina			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad.
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

X A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121916

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Diego Bastidas Adm gta			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	MSST Ayudante			
Empresa:				
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
X B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121917

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Luis Adonis Naranjo V. Ricardo Gutierrez			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	ayudante / operal			
Empresa:	LUIS GUSTAVO			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121918

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Daily Acosta Ramirillo Jhajan Estiven Ospina			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:	Luis Castillo Obras Civiles			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

(A) Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
(C) Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

(A) Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
(B) Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
(B) Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

12914

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Brayan castañeda		Ingrid B	Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Martha Gonzalez			
Empresa:	Celestandro muños			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

(A) Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
(C) Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

(A) Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
(B) Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
(B) Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121920

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28 MM 04 AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Andrun Steven Fabian Segura Iguera Barbosa	Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Mecha	
Empresa:	CVCO	
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez	
Cargo:	Supervisor SST	
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)	

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121921

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Jorge Angel Jaramillo			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Auxiliar Rodriguez			
Empresa:				
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro. ✓
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo. ✓
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad. ✓
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes. ✓
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar. ✓
B. Análisis de riesgos y medidas de control. ✓
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121922

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD** 28	**MM** 04	**AA** 2026	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	[illegible]			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Jean David Ceballos - operador			
Empresa:	mevan S.A.			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

X A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121923

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Lopez Garcia, Robinson Chaparro, Fraiver Mejia			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Jhon Torrero V Jhon Torres V			
Empresa:	ACEGOING. SAS.			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
X B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121924

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	DD 28	MM 04	AA 2026	Objetivo de la evaluación:
Nombre:	Javier Guarzo Moreno			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	Alberto Conugal Hoyos.			
Empresa:	Daniel vargas			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

- X A. Analisis de Trabajo Seguro.
- B. Ayudante Trabajo seguridad .
- C. Asociacion de trabajo seguro.
- D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

- A. Informe de gestión mensual.
- B. Ficha técnica del EPP.
- X C. Permiso de trabajo.
- D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

- X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
- B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
- C. Para evaluar el desempeño del trabajador
- D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

- A. Continuar rápidamente para terminar antes.
- X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
- C. Continuar y usar EPP adicional.
- D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

- A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
- X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
- C. Hoja de vida del gerente de la empresa
- D. Ninguna de las anteriores.

121925

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Ismael Velasquez Jaime Jaime Mundo

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Wilmer Garcia Flores miko			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:	EDWIN Rodriguez			
Empresa:	10% + TRABAJOS			
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

X A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
X C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

X A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
X B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

X A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
X B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.

121926

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN

Fecha	**DD 28**	**MM 04**	**AA 2026**	**Objetivo de la evaluación:**
Nombre:	Anley Melgarejo David Valencia			Evaluar la eficacia de las capacitaciones, razón por la cual es importante que sus respuestas sean objetivas; la información que usted nos suministre nos servirá para mejorar en futuras capacitaciones que contribuya en ampliar las competencias laborales.
Cargo:				
Empresa:				
Responsable:	Ricardo Reyes Ospina/ Edna Katherine garzón Sánchez			
Cargo:	Supervisor SST			
Tema:	PROCEDIMIENTOS SEGUROS (PERMISO DE TRABAJO. ATS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS, PROCEDIMIENTOS, LISTA DE CHEQUEO)			

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué significa la sigla ATS ?

A. Analisis de Trabajo Seguro.
B. Ayudante Trabajo seguridad .
C. Asociacion de trabajo seguro.
D. Ninguna de las anteriores .

2. ¿Antes de realizar un trabajo en caliente (soldadura), espacios confinados o en alturas, ¿qué documento es OBLIGATORIO diligenciar?

A. Informe de gestión mensual.
B. Ficha técnica del EPP.
C. Permiso de trabajo.
D. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Para qué se utiliza una lista de chequeo (check list) antes de usar un equipo o herramienta?

A. Para verificar su buen estado funcional y seguridad.
B. Para inventariar las herramientas de la empresa.
C. Para evaluar el desempeño del trabajador
D. Ninguna de las anteriores

4. ¿Si las condiciones de seguridad cambian durante la ejecución de una tarea (ej. empieza a llover en trabajos en altura), ¿qué acción debe tomar el trabajador??

A. Continuar rápidamente para terminar antes.
B. Suspender la tarea, reportar y reevaluar el riesgo.
C. Continuar y usar EPP adicional.
D. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de los siguientes elementos NO debería faltar en un procedimiento de trabajo seguro?

A. Descripción clara de la tarea y equipos a utilizar.
B. Análisis de riesgos y medidas de control.
C. Hoja de vida del gerente de la empresa
D. Ninguna de las anteriores.