| CONSORCIO EDT | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SG SST- F- 01 |
|---|---|---|
| | | Version: 0 Fecha: |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | 24/10/2025 |

| FECHA: 08/12/2025 | LUGAR: Colegio Marco Fidel |
|---|---|
| TEMA: TIPOS DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SU USO | CAPACITADOR: Dayana Espinel |

| NOMBRE | CARGO | PROYECTO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Ana [illegible] | Cocinera | Marco Fidel | |
| Jhon Perez | Auxiliar | Marco Fidel | |

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO -ATS

| CONSORCIO CDT | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-09 |
|---|---|---|
| | ANALISIS SEGURO DE TRABAJO | VERSION: 1 |
| | | FECHA: 13/11/2024 |

Ciudad: BOGOTA
Proyecto: METRO LINEA
Fecha de realización del Trabajo: 02/12/2025
Fecha de Finalizacion del Trabajo: 06/12/2025
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 700
Hora de Finalización (a.m./p.m.): 500
Descripción de la tarea a realizar: EXCAVACION

**PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:**

| | | |
|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | ESPACIO CONFINADO | EXCAVACION |
| TRABAJO ELECTRICO | OTRO, CUAL? | |

| Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| LUIS FERNANDO CRUZ | LUIS CRUZ |
| LUIS ALBERTO UIÑO U | |
| Ana Daly Gonzalez | |

| Nombre y Cedula de la persona (Emisor) | Firma |
|---|---|
| | |

**EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR**

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | Indique cada una de las herramientas a utilizar. |
|---|---|
| Manuales | ✓ Pica, Pala. |
| Eléctricas | |
| Neumáticas | |
| Hidráulicas | |
| Mecánicas | |
| Otras | |

**ANALISIS DE LA TAREA**

| | |
|---|---|
| ¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo? | N/A |
| ¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo? | N/A |
| ¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída? | N/A |
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | Aislados |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | EPP basico, Casco, Guantes, botas |
| ¿Cuántos trabajadores se requieren? | 3 |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | NO |
| ¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | N/A |

| CONSORCIO CIVILES Y EDIFICACIONES EDT | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-05 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 11 |
| | ANALISIS SEGURO DE TRABAJO | FECHA: 13/11/2024 |

| Pasos detallados de la tarea | Peligros existentes y potenciales | Consecuencias | Controles Requeridos |
|---|---|---|---|
| Inspeccion Area | Terreno inestable redes alevados | Derrumbes | Ubicar planos inspeccion visual Permiso de excavacion |
| Señalizacion Area | Transito de personas | Golpes | cinta de seguridad |
| Excavacion Manual | Sobreesfuerzo golpes con herramientas | lesiones musculares | Tecnica adecuada Pausas activas |
| Retiro Material | Caida de material mala postura | Golpes lumbalgias | Apilado seguro no sobrecargar paredes |
| Permanencia en Zanja | Derrumbe | Atrapamiento | no excavar profundidad |
| Salida de excavacion | caidas | lesiones | ACCESOS Seguros |

# INSPECCIONES

# PERMISO DE TRABAJO PARA EXCAVACION

1. Para poder iniciar los trabajos las respuestas tienen que ser afirmativas en su mayoria.
2. El no llenar este permiso es violatorio del manual de contratistas; dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo.
3. El permiso aplica únicamente para las personas participantes en la labor.
4. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe tramitar uno nuevo.
5. En los casos en que se marque el No Aplica (NA) se deberá sustentar el criterio en la casilla de observaciones.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA:** | Consorcio Obra EDT | **UBICACIÓN:** | MARCO FIDEL SUAREZ |
| **VIGENCIA** | SEMANA DEL 02 AL 06 | **HORA DE INICIO:** 700 | **FINAL:** 500 |

| **ACTIVIDAD:** | **DESCRIPCION DE LA TAREA:** |
|---|---|
| | EXCAVACION |

| | LISTA DE CHEQUEO | Lunes | | | Martes | | | Miércoles | | | Jueves | | | Viernes | | | Sábado | | | Domingo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA | SI | NO | NA |
| 1 | Está demarcada y señalizada el área | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 2 | Se verificó e identificó en el sitio la existencia de líneas, ductos y redes de modo que no se generen daño a la propiedad, el medio ambiente o a las personas (Electricos, Hidrosanitarios, Gases, etc.) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 3 | Por la condición de la excavación se considera espacio confinado | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 4 | El material residual extraído está mínimo a 1mt. de la excavación. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Está la excavación graduada, entibada o soportada para prevenir derrumbes. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | La excavación afecta la circulación vehicular o peatonal | | ✓ | | | ✓ | | - | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 7 | Se requiere desvio de trafico vehicular, peatonal o medidas complementarias.(Puentes, senderos provisionales, señalización, entre otros. | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 8 | Se dispone de escaleras en buen estado en la excavación que sobresalga mínimo 1 mt para asenso, desenso y evacuación. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 | Existe un retiro preventivo entre la excavación y la circulación de maquinaria pesada. | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 10 | La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 11 | En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, entre otros. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Hay alguna actividad de alto riesgo asociada a la excavación que requiera el diligenciamiento de otro(s) permiso(s) de trabajo complementario(s) (Alturas, eléctrico, trabajos en caliente. | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 13 | El personal tiene claro que hacer en caso de emergencias y como usar los recursos disponibles ante un evento? (Incluye botiquín, camilla, extintor, y plan de Rescate). | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 | Nivel de la excavación | 2 Mts | | | 2mt | | | 2mt | | | 2mt | | | 2mt | | | 2mt | | | X | | |

Scanned with CamScanner

## REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD

| ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA DE LOS TRABAJADORES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| 1 | LUIS FERNANDO CRUZ | 1023943690 | LUIS | LUIS | LUIS | LUIS | LUIS | LUIS | |
| 2 | Luis Alberto Niño C | 80807397 | | | | | | | |
| 3 | Ana Dulfy Gonzalez | 52124116 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |

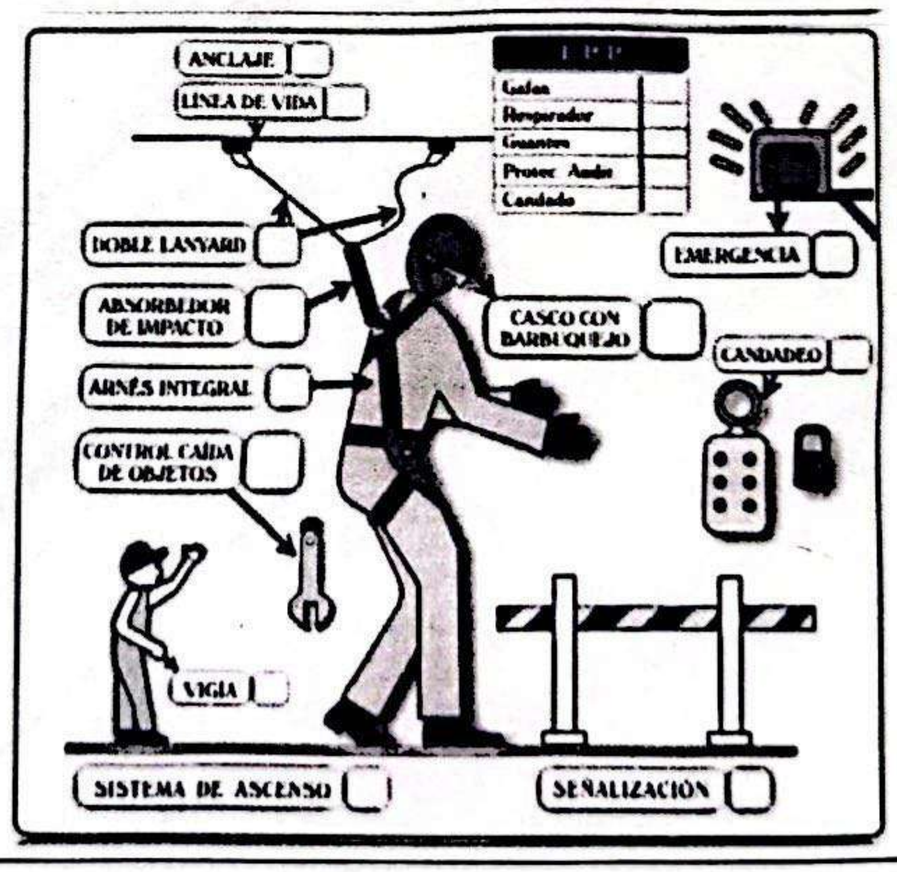
Vo.Bo. Residente Técnico: _____

Vo.Bo. Encargado del contratista: _____

Vo.Bo. Seguridad y Salud en el Trabajo: _____

**Observaciones:**

Señale en la sigueinte figura los elementos de protección personal requeridos para realizar la actividad: SI_____ N/A X




Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

# ENTREGA EPP

| CONSORCIO OBRAS CIVILES ATVIAS DT | GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-03 | |
|---|---|---|---|
| | ENTREGA DE DOTACIÓN | PAGINA 1 DE 1 | |
| | | VERSION: 0.0 | FECHA: 11/7/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Jhon Perez | CEDULA No. | 1.029545293 |
| CARGO | Ayudante. | | |

**DOTACION ENTREGADA**

| ITEM | DOTACION ENTREGADA | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Botas | 1 | 01/12/25 | Jhon |
| 2 | Camibuso | 1 | 01/12/25 | Jhon |
| 3 | Casco | 1 | 01/12/25 | Jhon |
| 9 | Guantes | 1 | 01/12/25 | Jhon |
| 5 | Gafas | 1 | 01/12/25 | Jhon |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Dayana Esanel | CEDULA No. | 52969701 |
| CARGO | SST | FIRMA | |

**COMPROMISO**

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

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

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

**FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:**

Jhon

CEDULA No. 1.029545293

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

| CONSORCIO OBRAS CIVILES ATIVAS DT | GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-03 | |
|---|---|---|---|
| | ENTREGA DE DOTACIÓN | PAGINA 1 DE 1 | |
| | | VERSION: 0.0 | FECHA: 11/7/2024 |

| NOMBRE | Ana Daly Gonzalez Bolton | CEDULA No. | 52129244 |
|---|---|---|---|
| CARGO | Encargada | | |

**DOTACION ENTREGADA**

| ITEM | DOTACION ENTREGADA | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | 01/12/25 | Ana Daly |
| 2 | Botas | 1 | 01/12/25 | Ana Daly |
| 3 | Cami Buso | 1 | 01/12/25 | Ana Daly |
| 4 | Guantes | 1 | 01/12/25 | Ana Daly |
| 5 | Gafas | 1 | 01/12/25 | Ana Daly |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA**

| NOMBRE | Dayana Espitia | CEDULA No. | 52964701 |
|---|---|---|---|
| CARGO | SST | FIRMA | |

**COMPROMISO**

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

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

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

**FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:**

Ana Daly Gonzalez

**CEDULA No:** 52129244

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

# ACTIVIDADES DE OBRA


5/12/2025 9:15:09 a. m.


5/12/2025 9:15:27 a. m.


5/12/2025 9:14:41 a. m.


5/12/2025 9:14:56 a. m.

# NUEVO MUZÚ

# BASE DE DATOS PERSONAL

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CENTRO DE TRABAJO** | **NUEVO MUZÚ** | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **CEDULA** | **NOMBRE** | **APELLIDOS** | **CARGO** | **EPS** | **ARL** | **AFP** | **INGRESO** | **SALIDA** | **FECHA EXAMEN MEDICO** | **FECHA CURSO DE ALTURAS** |
| 1 | 1.110.454.803 | EDINSON ALBEIRO | TORRES SALCEDO | MAESTRO | NUEVA EPS | POSITIVA | PROTECCION | 9/12/2025 | | | |
| 2 | 1.106.738.994 | ARGEMIRO | RAMOS ACERO | AYUDANTE | NUEVA EPS | POSITIVA | COLPENSIONES | 9/12/2025 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

# DOCUMENTACIÓN INGRESO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.106.738.994

RAMOS.ACERO

APELLIDOS

ARGEMIRO

NOMBRES




ARGEMIRO RAMOS ACERO

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1988**

**SOACHA**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.64** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**28-FEB-2007 ARMERO (GUAYABAL)**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2901600-01155083-M-1106738994-20200831 0071602923A 1 9912890943

Powered by CamScanner

12107310

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**No.Radicación: 9325**

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1213

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RAMOS | SEGUNDO APELLIDO: ACERO | PRIMER NOMBRE: ARGEMIRO | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1106738994
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | MUNICIPIO: SOACHA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 20 | MES: 12 | AÑO: 1988

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 5
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,423,500.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 10 85 9
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3005967688
CORREO ELECTRÓNICO: ARGEMIRORAMOS@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO/ DISTRITO: ARMERO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2036

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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 F | 39. SEXO M | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN F | M | T | NB | Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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

55. Nombre o razón social: GROUP INTEGRAL PRO SAS
56. Tipo documento de Identificación: T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 901407518
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
59. Ubicación: DIRECCIÓN: CL 10 85 9 | TELÉFONO FIJO O CELULAR: | CORREO ELECTRÓNICO: NUEVAEPSASOINGER@GMAIL.COM | DEPARTAMENTO: | MUNICIPIO/DISTRITO:

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA: 04 | MES: 12 | AÑO: 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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 mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
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 la 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 explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
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 vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

## IX. FIRMAS

Argemiro R.

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

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

| CN | MS | RC | TI | CC | CE | SC | PA | CD | AS | PT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | | | | |

Total:

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

Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio: | Código del departamento: | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

## Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, ARGEMIRO RAMOS ACERO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1106738994 de SOACHA, certifico que:

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | SÍ☐ No☐ |
| 2 | ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | SÍ☐ No☐ |
| 3 | ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | SÍ☐ No☐ |
| 4 | ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | SÍ☐ No☐ |
| 5 | ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? | SÍ☐ No☐ |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3005967688
y/o correo electrónico: ARGEMIRORAMOS@GMAIL.COM
SÍ☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Argemiro R.

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1106738994
Fecha de Solicitud: 04/12/2025
Dirección: CL 10 85 9
Tel: 3005967688 Municipio: ARMERO
Departamento: TOLIMA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

## Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

## Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
**Régimen Contributivo:**
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
**Régimen Subsidiado:**
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV**

| ACTIVIDAD ECONÓMICA | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA | | PRODUCTOR AGROPECUARIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | POSITIVA | COLPENSIONES | $1423500 | SÍ | | SÍ | |
| | | | | NO | | NO | |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ninguno ☐ | Secundaria ☐ | Normalista ☐ | Profesional ☐ | Doctorado ☐ |
| | Preescolar ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ | Técnica Profesional ☐ | Especialización ☐ | Último Grado |
| | Básico Primaria ☐ | Media técnica (bachillerato básico) ☐ | Tecnológica ☐ | Maestría ☐ | Aprobado _____ |

| Posición Ocupacional | Patrón/Empleador ☐ | Contratista ☐ | Trabaja por su Cuenta ☐ |
|---|---|---|---|
| Inicio Contrato | | Fin Contrato | |

**SEÑOR USUARIO:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación | NIT ☐ | C.C. ☐ | C.E. ☐ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | P.A. ☐ | T.I. ☐ | C.D. ☐ | | |

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA | |
|---|---|---|---|
| Maria del P. Guayacan Moreno | A1213 | | CIUDAD Y FECHA |

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**CERTIFICA QUE:**

**ARGEMIRO RAMOS ACERO** identificado con **Cédula Ciudadanía 1106738994** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** | |
|---|---|
| Nombres y/o Razón Social | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| Tipo y Número de Documento | NIT 901407518 |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2025/12/04 |
| Estado de Afiliación | Activo |
| Tipo de Vinculación | Dependiente |
| Código Actividad Económica | 5711001 |
| Clase de Riesgo | 5 |
| Fecha de Retiro | Sin Retiro |

Esta certificación se expide a los 2025/12/3.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARGEMIRO RAMOS ACERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1106738994,** se encuentra afiliado/a desde **24/08/2011** 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 03 de diciembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS GUADALUPE SAS
Nit: 901835329
Dirección: Calle 9B # 7-25 Barrio Avenidas
Teléfono: 3102577557
Email: ipsguadalupes@gmail.com

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

### Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° ingreso** | **146700** | **Fecha Impresión** | 2026-01-24 |
| **Fecha Ingreso** | 2026-01-23 10:08:55 | **Ciudad** | FLORENCIA |
| **Nombre** | ARGEMIRO RAMOS ACERO | **CC** | 1106738994 |
| **Sede** | ipsguadalupes@gmail.com | **Ocupación** | AYUDANTE |
| **Tipo de Examen** | PRE - INGRESO | **Fecha Nacimiento** | 1988-12-20 |
| **Edad** | 37 años | **Dirección** | |
| **Teléfono** | 3204587612 | **Estado Civil** | Soltero(a) |
| **N° Hijos** | 0 | | |
| **Grupo sanguíneo / RH** | A+ | | |
| **Fecha Salida** | 2026-01-23 16:28:39 | **Empresa Contratante** | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| **Nit Empresa Contratante** | 901407518 | **A.E. Empresa Contratante** | Construcción de edificios no residenciales |
| **Nit Empresa** | 901407518 | | |
| **EPS** | NUEVA EPS | **ARL** | POSITIVA ARL |
| **Fondo Pensiones** | COLPENSIONES | **Nombre Acompañante** | EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE |
| **Departamento** | CUNDINAMARCA | | |

### Exámenes Complementarios

| Examen | Resultado |
|---|---|
| CERTIFICACIÓN ALTURAS (PRUEBAS DE VERTIGO Y EQUILIBRIO) | Sin Alteracion |

### Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

**APTO**

### Concepto de acuerdo al énfasis

| | |
|---|---|
| ALTURAS | APTO |
| OSTEOMUSCULAR | APTO |

### Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

### Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

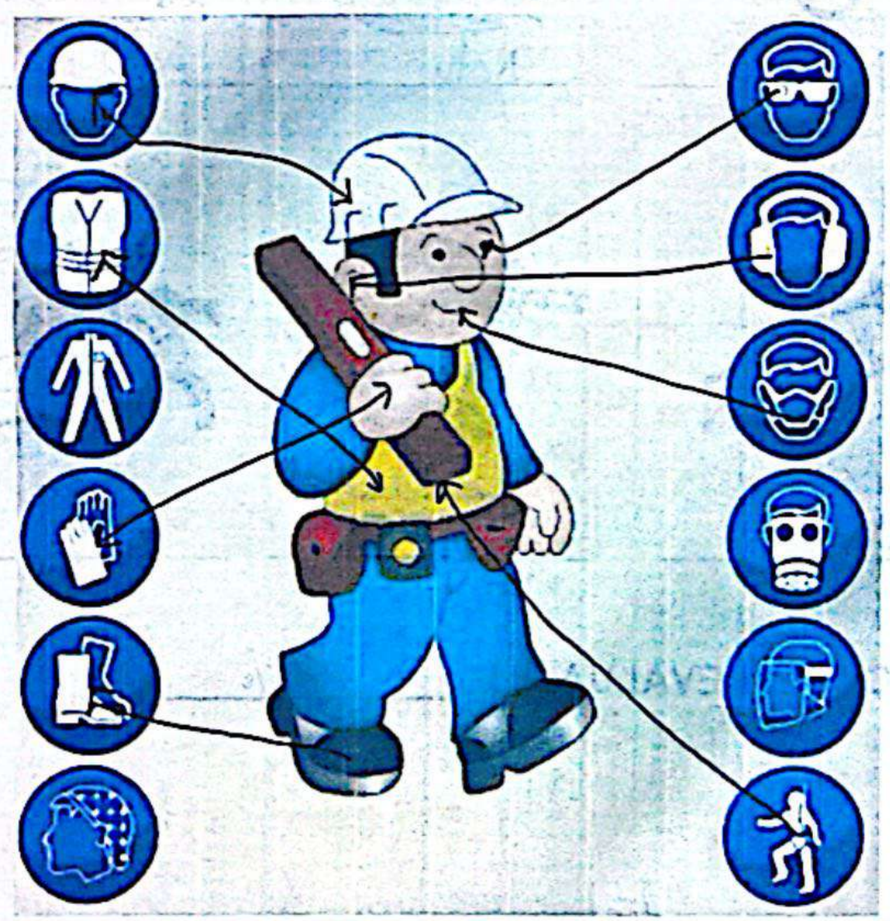
**Profesional:** Martha Cecilia Osorio Garcia
**CC:** 29673871
**Registro médico:** 29673871
**Licencia N°:** 0778 - 26/05/21

**Firma del trabajador:** ARGEMIRO RAMOS ACERO
**CC** 1106738994

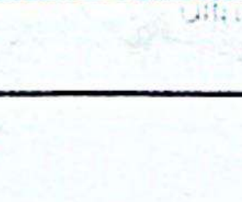
| | |
|---|---|
| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | **Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo** |
| | **EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |

| | |
|---|---|
| **Nombre:** Argemiro Ramos Acero | **Cedula:** 1.106.738.994 |
| **Fecha:** 09 de diciembre de 2025 | **Cargo:** Auxiliar |

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad



2. Señale con un X lo que NO se permite hacer en la obra.

| | | |
|---|---|---|
|  Trabajar en alturas sin permiso por escrito |  Asistir a las capacitaciones de salud ocupacional |  Informarle al jefe inmediato los accidentes de trabajo |
|  Señalizar el área de trabajo |  consumir licor o sustancias alucinógenas |   Acatar los lineamientos del plan de emergencias |
|  Pelearse o reñirse con compañeros |  No usar los EPP necesarios para las actividades |  Reportar condiciones de inseguridad a los jefes inmediatos |

Escaneado con CamScanner

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |
|---|---|
| | EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |

3. El trabajo en alturas según la Resolución 4272 de 2021 aplica a partir de:
   a. 1 metro
   b. 1.50 metros
   c. 2 metros
   d. 3 metros

4. Si detectas un riesgo en tu área, lo primero que debes hacer es:
   a. Ignorarlo
   b. Contárselo a un compañero
   c. Reportarlo al jefe inmediato o SST
   d. Continuar trabajando

5. El lavado de manos y la higiene ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en obra. Verdadero o falso ( )
6. Menciona dos riesgos que puedas encontrar en tu frente de obra
   - Ruido
   - Locativo
7. ¿Cuál es el color de la señal de advertencia que indica peligro?

   a. Azul
   b. Verde
   c. Rojo
   d. Amarillo

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



Acto



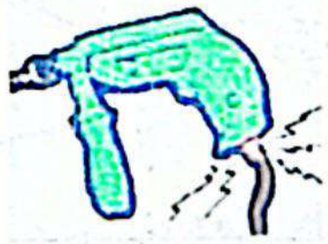
Acto



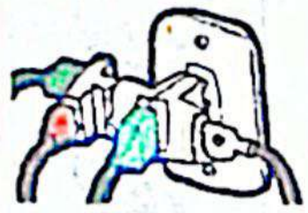
Acto



Acto



Condición



Acto

**CALIFICACIÓN EVALUACIÓN** 100%

ARGENIS TORRES M.
**FIRMA TRABAJADOR**
**C.C:** 1'166.738.944

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

**DATOS DEL FUNCIONARIO (A)**

| NOMBRE Y APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO | No DE DOCUMENTO | CARGO | UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |
|---|---|---|---|---|
| Argemiro Ramos Acero | C.C. | 1.106.738.994 | Ayudante | Nuevo Mozú |

**COMPROMISO**

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

El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco, botas, gafas, tapa bocas | 1 | 09/12/2025 | *ARGEMIRO RAMOS A. |
| 2 | Gafas, tapa bocas | 1 | 13/12/2025 | *ARGEMIRO RAMOS A. |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA**

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

Scanned with CamScanner

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |
|---|---|
| | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS |

**Nombres y Apellidos:** Argemiro Ramos Acero **Fecha:** 09/12/2025

**Área:** Nuevo Muzú **Cargo a desempeñar:** Ayudante

Por favor marque con una (X) los peligros a los que está expuesto en su lugar de trabajo:

| | | | |
|---|---|---|---|
|  Biológico |  Ruido |  Vibración |  Temperaturas |
|  Material particulado |  Manejo de sustancias químicas |  Atrapamiento |  Golpes |
|  Cortes |  Caídas a mismo nivel |  Caídas a distinto nivel |  Eléctrico |
|  Incendio |  Caída de objetos |  Manipulación manual de cargas |  Riesgo publico |

Con la firma de este formato, el trabajador declara haber sido informado y haber comprendido los riesgos de su puesto de trabajo.

ARGEMIRO R.

**Firma trabajador**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:07:37 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1106738994**
Apellidos y Nombres: **RAMOS ACERO ARGEMIRO**

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 290405620

PIB
12:08:27


Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ARGEMIRO RAMOS ACERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1106738994:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:12:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1106738994 |
| Código de Verificación | 1106738994260130121236 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO



CLICK PARA REINICIAR TODO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

A1213

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | NOVIEMBRE | AÑO 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| TORRES | SALCEDO | EDINSON | ALBEIRO |

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1110454803

11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | MUNICIPIO: BOGOTA

15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 16 | MES DICIEMBRE | AÑO 1986

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia

17. COMUNIDAD INDÍGENA:

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔] | CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [✔]

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:

NIVEL:

GRUPO:

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:

22. ARL:

23. AFP:

24. IBC: $ 1.423.500

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:

26. RESIDENCIA:

TELÉFONO CELULAR: 3132572365

TELÉFONO FIJO:

DIRECCIÓN: TR 10 # 78 - 85

COMPLEMENTO DIRECCIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA

LOCALIDAD/COMUNA:

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS:

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del 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: F [ ] M [ ]

31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD:

33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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 F | 39. SEXO M | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN F | M | T | NB | Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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

55. Nombre o razón social: GROUP INTEGRAL PRO SAS

56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria

57. Número del documento de identificación: 901407518

CELULAR: 3183835628

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE

59. Dirección: CL 122 # 07 - 91

sergioalvarez@contablesolutions.com

DEPARTAMENTO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ

## B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [✔]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [✔]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| TORRES | SALCEDO | EDINSON | ALBEIRO |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1110454803

62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 16 | MES 12 | AÑO 1986

65. EPS ANTERIOR:

66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 01 | MES 12 | AÑO 2025

67. MOTIVO DE TRASLADO Código:

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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 mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
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 la 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 explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, 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 vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

## IX. FIRMAS

EDINSON TORRES

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

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

| | CN | MS | RC | TI | CC | CE | SC | PA | CD | AS | PT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | | | | |

Total: 0

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

Total Anexos: 0

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**CERTIFICA QUE:**

**EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO** identificado con **Cédula Ciudadanía 1110454803** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** | |
|---|---|
| Nombres y/o Razón Social | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| Tipo y Número de Documento | NIT 901407518 |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2025/12/01 |
| Estado de Afiliación | Activo |
| Tipo de Vinculación | Dependiente |
| Código Actividad Económica | 5711001 |
| Clase de Riesgo | 5 |
| Fecha de Retiro | Sin Retiro |

Esta certificación se expide a los 2025/11/28.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **TORRES SALCEDO EDINSON ALBEIRO** identificado(a) con **CC** número **1.110.454.803** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de octubre de 2008 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 27 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

IPS GUADALUPE SAS
Nit: 901835329
Dirección: Calle 9B # 7-25 Barrio Avenidas
Teléfono: 3102577557
Email: ipsguadalupes@gmail.com

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

### Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° ingreso** | **142903** | **Fecha Impresión** | 2025-12-03 |
| **Fecha Ingreso** | 2025-12-03 17:01:44 | **Ciudad** | FLORENCIA |
| **Nombre** | EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO | **CC** | 1110454803 |
| **Sede** | ipsguadalupes@gmail.com | **Ocupación** | MAESTRO DE OBRA |
| **Tipo de Examen** | PRE - INGRESO | **Fecha Nacimiento** | 1986-12-16 |
| **Edad** | 38 años | **Dirección** | |
| **Teléfono** | 3125849874 | **Estado Civil** | Casado(a) |
| **N° Hijos** | 2 | | |
| **Grupo sanguíneo / RH** | AB+ | | |
| **Fecha Salida** | 2025-12-03 17:12:10 | **Empresa Contratante** | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| **Nit Empresa Contratante** | 901407518 | **A.E. Empresa Contratante** | Construcción de edificios no residenciales |
| **Nit Empresa** | 901407518 | | |
| **EPS** | NUEVA EPS | **ARL** | POSITIVA ARL |
| **Fondo Pensiones** | SSS PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | **Nombre Acompañante** | EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE |
| **Departamento** | TOLIMA | | |

### Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

**APTO**

### Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR APTO

### Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

### Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

### Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

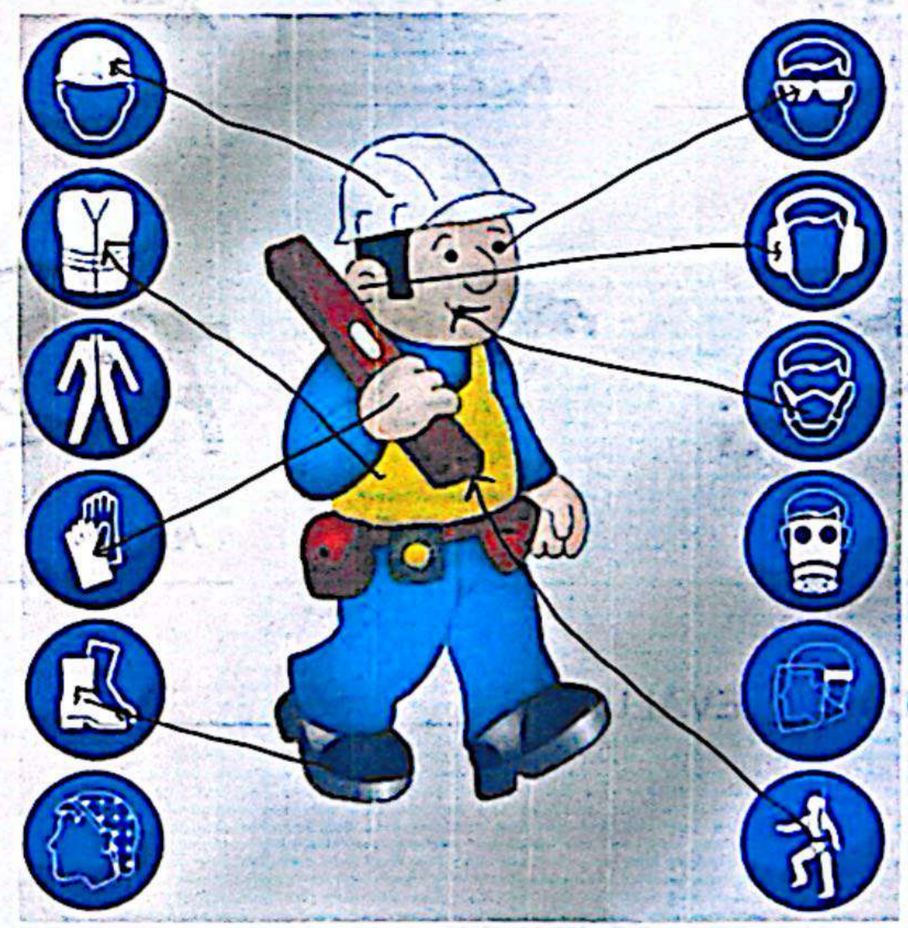
**Profesional:** Martha Cecilia Osorio Garcia
**CC:** 29673871
**Registro médico:** 29673871
**Licencia N°:** 0778 - 26/05/21

**Firma del trabajador:** EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO
**CC** 1110454803

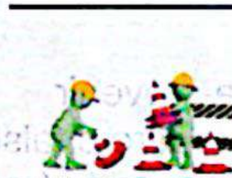
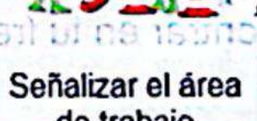
| | |
|---|---|
| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | **Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo** |
| | **EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |

| | |
|---|---|
| **Nombre:** Edinson Albeiro Torres Salcedo | **Cedula:** 1.110.454.803 |
| **Fecha:** 09 de diciembre de 2025 | **Cargo:** Maestro |

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad



2. Señale con un X lo que NO se permite hacer en la obra.

| | | |
|---|---|---|
|  Trabajar en alturas sin permiso por escrito |  Asistir a las capacitaciones de salud ocupacional |  Informarle al jefe inmediato los accidentes de trabajo |
|  Señalizar el área de trabajo |  consumir licor o sustancias alucinógenas |   Acatar los lineamientos del plan de emergencias |
|  Pelearse o reñirse con compañeros |  No usar los EPP necesarios para las actividades |  Reportar condiciones de inseguridad a los jefes inmediatos |

Escaneado con CamScanner

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |
|---|---|
| | **EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |

3. El trabajo en alturas según la Resolución 4272 de 2021 aplica a partir de:
   a. 1 metro
   b. 1.50 metros
   c. 2 metros
   d. 3 metros

4. Si detectas un riesgo en tu área, lo primero que debes hacer es:
   a. Ignorarlo
   b. Contárselo a un compañero
   c. Reportarlo al jefe inmediato o SST
   d. Continuar trabajando

5. El lavado de manos y la higiene ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en obra. Verdadero o falso ( V)
6. Menciona dos riesgos que puedas encontrar en tu frente de obra,
   - ruido
   - locativo
7. ¿Cuál es el color de la señal de advertencia que indica peligro?

   a. Azul
   b. Verde
   c. Rojo
   d. Amarillo

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



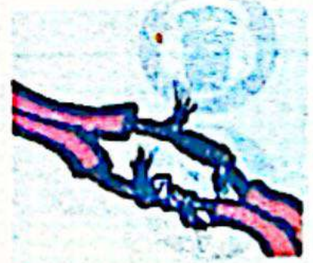
Acto



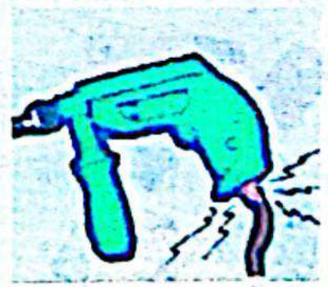
Acto



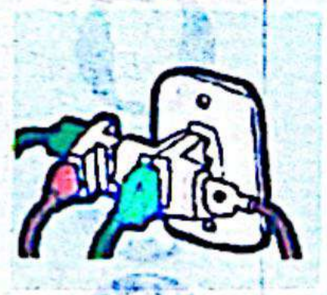
Acto



Acto



condición



Acto

**CALIFICACIÓN EVALUACIÓN** 100%

**FIRMA TRABAJADOR**
**C.C:** 1110454803

Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT | **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**<br>**FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)** |

**DATOS DEL FUNCIONARIO (A)**

| NOMBRE Y APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO | No DE DOCUMENTO | CARGO | UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |
|---|---|---|---|---|
| Edinson Albeiro Torres Salcedo | C.C. | 1.110.454.803 | Maestro | Nuevo Muzú |

**COMPROMISO**

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

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

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco, botas, gafas, tapa bocas | 1 | 09/12/2025 | |
| 2 | Gafas, tapa bocas | 1 | 13/12/2025 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA**

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

Scanned with CamScanner

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo |
|---|---|
| | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS |

**Nombres y Apellidos:** Edinson Albeiro Torres Salcedo **Fecha:** 09/12/2025

**Área:** Nuevo Mundo **Cargo a desempeñar:** Maestro

Por favor marque con una (X) los peligros a los que está expuesto en su lugar de trabajo:

| | | | |
|---|---|---|---|
|  Biológico |  Ruido |  Vibración |  Temperaturas |
|  Material particulado |  Manejo de sustancias químicas |  Atrapamiento |  Golpes |
|  Cortes |  Caídas a mismo nivel |  Caídas a distinto nivel |  Eléctrico |
|  Incendio |  Caída de objetos |  Manipulación manual de cargas |  Riesgo publico |

Con la firma de este formato, el trabajador declara haber sido informado y haber comprendido los riesgos de su puesto de trabajo.

**Firma trabajador**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:20:33 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1110454803**
Apellidos y Nombres: **TORRES SALCEDO EDINSON ALBEIRO**

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 290406929

PIB
12:21:24


Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110454803:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:22:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1110454803 |
| Código de Verificación | 1110454803260130122238 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CHARLAS Y CAPACITACIONES

# ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PROYECTO: | Nuevo Muzú | | | | | |
| TEMAS DE LA CAPACITACIÓN | Inducción en seguridad y salud en el trabajo | | | | | |
| TIPO DE ACTIVIDAD | | CHARLA DE SEGURIDAD | | CAPACITACIÓN | X | SOCIALIZACIÓN |
| CAPACITADOR: | Bula Sanchez | | | DURACIÓN: | 1 hora | |
| FECHA: | 09 de Diciembre de 2025 | | LUGAR: | Baños | | |

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1. | ARGEMIRO Ramos Acero | 1106.738.994 | ARGEMIRO RAMOS A. |
| 2. | Edinson Albeiro Tapes Salcedo | 1110454803 | |

OBSERVACIONES

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO -ATS

# ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

**Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. SI alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.**

## SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 09 12 2025 Hora: 7:00am Hasta: 13 12 2025 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Nuevo Muzú

1.4 Contratista: Group Integral PNJ

1.5 Descripción de la actividad a realizar. Desmarte de Ventaneria, aparatos sanitaños, Lavamanos, encuape de pared, encuape de piso y pañete. Demolicion de placa

## SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

| Trabajo en caliente | SI | NO | Trabajo en alturas | SI | NO | Espacios confinados | SI | NO | Otro | SI | NO | Cual | — |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | X | | | X | | | X | | |

## SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad

| SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento) | | PELIGRO (Fuente o Situación) | CONSECUENCIAS | CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos) |
|---|---|---|---|---|
| 1. Desmarte de Ventaneria, aparatos Sanitarios, lavamanos, encuape de pared, encuape de piso y Pañete<br>2. Demolición de placa<br>3. Orden y aseo | FISICOS | [X] Ruido | [X] Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral | [X] Uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido, |
| | | [ ] Iluminación inadeciada | [ ] Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión | [ ] Instalación de iluminación adicional, programa mantenimiento luminarias |
| | | [ ] Temperaturas extremas y humedad | [ ] Disminución de la destreza manual o intelectual, congelación de miembros y/ó calambres, agotamiento, deshidratación, golpe de calor, quemaduras | [ ] Realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo |
| | | [ ] Radiación no ionicante (UV) | [ ] Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos). | [ ] Elemento de protección personal: Chaleco plomado, protector de cuello * plomado, protector de gónadas plomado. Careta para protección de soldadura, protector solar. |
| | | [ ] Radiación ionicante | [ ] Dermatitis en manos, cataratas, cáncer, etc. | [ ] Elementos de proteccion persinal individual acorde a las actividades a realizar |
| | | [X] Vibraciones | [X] Calambres, hormiguillo, disminución de la fuerza de agarre | [X] Mantenimiento y amortiguación de máquinas y equipos. |
| | BIOLÓGICO | [X] Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones. | [X] Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, muerte. | [X] Uso de guantes, tapabocas, bata, gafas. Lavado de manos, control de aguas estancadas, aplicación de normas universales de bioseguridad. |
| | | [ ] Inhalación de virus. | [ ] Enfermedades humanas comunes provocadas por virus incluyen el resfriado, la gripe, la varicela y el herpes simple. Así como enfermedades graves tales como el ébola, el sida, la gripe aviar y el SARS son causadas por virus. | [ ] Limpieza y desinfección de áreas, Uso de elementos de bioseguridad, cumplimiento de PAPSO |
| | BIOMECANICO | [X] Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas | [X] Desórdenes de trauma acumulativo; lesiones del sistema músculo esquelético; fatiga; alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras; alteraciones del sistema vascular. | [X] Practicas adecuadas de higiene postural, fortalecimiento muscular, pausas activas, participación en el programa Muévete, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas |
| | | [X] Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados. | [X] Lesiones musculo esqueléticas. | [X] Manejo adecuado de posturas y cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas |
| | | [X] Movimiento repetitivo | [X] Lesiones musculo esqueléticas. | [X] Higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas |
| | CONDICIONES DE SEGURIDAD | [X] Eléctrico | [X] Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte. | [X] Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado. |
| | | [ ] Caídas a distinto nivel | [ ] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte. | [ ] No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente o extensión electrica. |
| | | [X] Caídas al mismo nivel | [X] Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte. | [ ] Permiso de trabajo seguro en alturas. Uso de EPCC adecuadas para la actiidad, certificado de entrenamiento en trabajo en alturas. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idoneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos. |
| | | [ ] Espacios confinados | [ ] Asfixia, sofocamiento, choques eléctricos, caidas y fatiga por el calor, atrapamientos, intoxicaciones por atmosferas peligrosas, muerte | [ ] Realizar el acceso seguro por escaleras portables, andamios y/ó plataformas en buen estado y certificado. |
| | | [ ] Trabajo en caliente | [ ] Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte. | [X] Capacitación, uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caidas y resbalones, reporte de condiciones inseguras. |
| | | [X] Mecánico: golpeado, golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes. | [X] Heridas, amputaciones, trastornos de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras. | [ ] Uso de escaleras portátiles doble cuerpo o tijera certificadas |
| | | [X] Locativo | [X] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte | [ ] Permiso de trabajo ene s pacio confinado. Ususo de EPCC, certificado de entrenamiento en espacios confinados, permiso de trabajo, equipos de iluminación y acompañante, sistemas de drenaje, análisis de atmósferas. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados. |
| | | [X] Público: robos agresiones asaltos. | [X] Muerte, agresiones verbales y físicas, heridas, estrés laboral. | [ ] Permiso trabajo en caliente. Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados. |
| | | [ ] Accidentes de tránsito. | [ ] Golpes, traumas, muerte, fracturas | [X] Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, caretas). Aplicación de normas de autocuidado. |
| | | | | [X] Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones Programa orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas). |
| | | | | [X] Personal de vigilancia, reporte oportuno de situaciones dentro de la obra, capacitación en el manejo de situaciones difíciles y autocuidado, formación periódica en temas de riesgo público. |
| | | | | [ ] Formación al personal en medidas de prevención en normas de seguridad vial. Programa de mantenimiento preventivo de vehículos. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| QUIMICO | ☐ | Contacto con sustancias irritantes. | ☐ | Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorespiratorios, muerte. |
| | ☐ | Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores. | ☐ | Depende del agente químico. |
| | ☒ | Inhalación de material particulado. | ☒ | Afecciones respiratorias y cardiacas. |
| PSICOLOGICO Y AMBIENTAL | ☐ | Acumulación de basuras. | ☐ | Infecciones, intoxicaciones |
| | ☒ | Condiciones intralaborales | ☒ | Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión |
| NATURAL | ☐ | Probabilidad de lluvia | ☐ | Resfriado, malestar general, virosis |
| | ☒ | probabilidad de Sismo | ☒ | Fracturas, lesiones, muerte |

| | |
|---|---|
| ☐ | Implementación Programa manejo seguro de sustancias peligrosas Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, botas, guantes) campanas de extracción. capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa |
| ☐ | Separacion de residuos y reciclaje |
| ☒ | Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización, claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea. Estrategias de afrontamiento del estrés. |
| ☐ | Suspender actividades en lugares abiertos |
| ☒ | resguardarse y seguir el plan de emergencia |

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área)

**2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar**

Inspecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, absténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada.

| Ropa | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Overol de trabajo | ☒ | | |
| Overol Ignífugo, Categoría: | | | |
| Pelo | | | |
| Manguillas | | | |
| Polainas | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Protección respiratoria | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Respirador con cartuchos para: | | | |
| Mascarilla desechable para: | ☒ | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Protección cabeza | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Casco Tipo__ Clase__ SIN__ CON__ Barbuquejo | ☒ | | |
| Chavo en tela o carnaza | | | |

| Protección de pies y piernas | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Botas de seguridad con puntera | ☒ | | |
| Botas dieléctricas | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Protección auditiva | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Tipo Inserción | ☒ | | |
| Tipo copa | | | |

| Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Arnés, Tipo: | | | |
| Mosquetón | | | |
| Eslinga, Tipo: | | | |
| Línea de vida, Tipo: | | | |
| Freno/Arrestador | | | |
| Punto de anclaje (Cual): | | | |

| Protección facial y ocular | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Careta lente neutro | | | |
| Monogafas / Gafas | ☒ | | |
| Gafas de oxicorte | | | |
| Careta de soldador | | | |
| Careta de dieléctrica, clase: | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Autoretráctil | | | |
| Tie-off | | | |
| Baranda con rodapiés | | | |
| Sistema de acceso (Cual): | | | |
| Trípode / pescante | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Barrera/Señales de advertencia | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Peligro Trabajo: | | | |
| Precaución | | | |
| Demarcación Perimetral | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Guantes | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Protección mecánica | ☒ | | |
| Protección dieléctrica | | | |
| Protección química | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| Otros | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| Tapete dieléctrico | | | |
| Pértiga | | | |
| Otro (Cual): | | | |

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| **1.8 NOTIFICACIÓN:** El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar | | | |

**1.9 EMERGENCIAS:** Recordar y verificar

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir | ☒ | NO | NA | D.- Puntos de encuentro | ☒ | NO | NA |
| B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones. | ☒ | NO | NA | E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor) | ☒ | NO | NA |
| C.- Rutas de Evacuación | ☒ | NO | NA | F.- Ubicación de Brigadistas cercanos | ☒ | NO | NA |

## SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

## SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos consientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados, según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigía, Supervisor.

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Argemiro Ramos | 1106738994 | Auxiliar | — | ARGEMIRO | ARGEMIRO | ARGEMIRO | ARGEMIRO | ARGEMIRO | — |
| Albeiro Torres | 1140454803 | Maestro | — | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | — |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

## SECCION 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, valido las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me aseguré que las personas implicadas están calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paula Sanchez | 1140870333 | SST | — | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | — |

## SECCION 10- CIERRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades. | ☒ | NO | NA | Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas). | SI | NO | NA |
| Área despejada, y aseada demarcación retirada. | ☒ | NO | NA | Fecha de Cierre 13/12/2025 | Hora de Cierre 5:60pm | | |

# INSPECCIONES

CONSORCIO EDT

# INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

**FECHA :** 09 de Diciembre de 2025

**HORA:** 9.07 am

**FRENTE DE OBRA:** Nuevo Muzú

**CONTRATISTA:** Group Integral Pro

| ITEM | DESCRIPCIÓN | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | No | N/A | |
| A | HERRAMIENTAS MANUALES | | | | |
| 1 | Se usa la(s) herraminenta(s) adecuada al trabajo | X | | | |
| 2 | Estado de la Herramienta | X | | | |
| 3 | Estado de Almacenamiento y de Uso | X | | | |
| 4 | Estado de los mangos de madera | X | | | |
| 5 | Se usan prensas de banco | | | X | |
| B | HERRAMIENTAS DE CORTE | | | | |
| 1 | Estado de la cabeza de los cinceles | | | X | |
| 2 | Filos de los cinceles | | | X | |
| 3 | Estado de los dientes de las tarrajas macho o hembra | | | X | |
| 4 | Instalación de las hojas de segueta | | | X | |
| 5 | Estado de los mangos de las limas | | | X | |
| 6 | Empuñaduras y dientes de los serruchos | | | X | |
| 7 | Estado de los Mangos y fundas de los cuchillos | | | X | |
| C | HERRAMIENTAS DE GOLPE | | | | |
| 1 | Se emplea el martillo adecuado según la labor ? | X | | | |
| 2 | Sus caras y bordes están en buen estado? | X | | | |
| 3 | Estado en que se encuentra el mango | X | | | |
| D | HERRAMIENTAS DE TORSIÓN - LLAVES | | | | |
| 1 | Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas ? | | | X | |
| 2 | Estado de huellas y palancas de la llave | | | X | |
| 3 | Se dispone de llaves para golpear? | | | X | |
| 4 | Estado de las mordazas de las llaves | | | X | |
| 5 | Estado de las herramientas para trabajos electricos | | | X | |
| 6 | Aislamiento de las herramientas para los trabajos electricos | | | X | |
| 7 | Estado de la punta y cabo de los destornilladores | | | X | |
| 8 | Se dispone de herramientas que no produzcan chispas? | | | X | |
| E | HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS | | | | |
| 1 | Las herramientas son adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)? | X | | | |
| 2 | Uso de los Elementos de protección Personal de acuerdo al uso de la herramienta | X | | | |
| 3 | Limpieza y Lubricación de las herramientas | X | | | |
| 4 | Guardas de seguridad | X | | | |
| 5 | Aislamientos y sistemas de tierras | X | | | |
| 6 | Estado del cable y enchufe | X | | | |
| 7 | Estado y mandil de los taladros | X | | | |
| 8 | Diametro, especificación y estado de la broca para el taladro a usar | X | | | |
| 9 | Los esmeriles cuentan con guardas de Seguridad? | X | | | |
| 10 | Los esmeriles cuentan los soportes de los discos o piedras son los adecuadas? | X | | | |
| 11 | Los collarines coinciden en diámetro y están instalados según el relieve? | | | X | |
| 12 | Estado de las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas. | | | X | |

Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | **INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS** |

**FECHA :** _____

**HORA:** _____

**FRENTE DE OBRA:** _____

**CONTRATISTA:** _____

| ITEM | DESCRIPCIÓN | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | No | N/A | |
| 13 | Almacenamiento de las pulidoras y discos | ✓ | | | |
| F | **HERRAMIENTAS NEUMATICAS** | | | | |
| 1 | Estado de las mangueras y acoples | | | X | |
| 2 | Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta? | | | X | |
| 3 | Presiones indicadas | | | X | |
| 4 | Descarga de la herramienta | | | X | |
| G | **HERRAMIENTA POR DETONACIÓN** | | | | |
| 1 | El personal es autorizado | | | X | |
| 2 | Emplean los elementos de protección | | | X | |
| 3 | Descarga y almacenamiento de la herramienta | | | X | |
| H | **SEGURIDAD Y ALMACENAMIENTO EQUIPO Y HERRAMIENTAS EN GENERAL** | | | | |
| 1 | El personal que utiliza los equipos y herramientas, ha recibido instrucción? | X | | | |
| 2 | Las herramientas se seleccionan correctamente para el trabajo a realizar? | X | | | |
| 3 | Transporte y almacenamiento al sitio del trabajo | X | | | |
| 4 | Las labores de mantenimiento como: limpieza, lubricación, ajuste o reparación se efectúan con los equipos apagados. | X | | | |
| 5 | Almacenamiento | X | | | |
| 6 | Herramientas y equipos en buen estado | X | | | |
| 7 | Se utilizan correctamente | X | | | |
| 8 | Se encuentran señalizados los equipos que revisten peligros especiales tales como alto voltaje, etc. | X | | | |

***Nota:*** *Los item del numeral H siempre deben ser diligenciados independiente del tipo de herramienta que se encuentre en el frente de obra.*

| | REVISO | APROBO |
|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDO | Paula Sanchez | |
| CARGO: | SST | |
| FIRMA: | | |

# ENTREGA EPP

| | |
|---|---|
| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT | **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**<br>**FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)** |

**DATOS DEL FUNCIONARIO (A)**

| NOMBRE Y APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO | No DE DOCUMENTO | CARGO | UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |
|---|---|---|---|---|
| Edinson Albeiro Torres Salcedo | C.C. | 1.110.454.803 | Maestro | Nuevo Muzú |

**COMPROMISO**

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

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

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco, botas, gafas, tapa bocas | 1 | 09/12/2025 | |
| 2 | Gafas, tapa bocas | 1 | 13/12/2025 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA**

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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

**DATOS DEL FUNCIONARIO (A)**

| NOMBRE Y APELLIDO | CLASE DE DOCUMENTO | No DE DOCUMENTO | CARGO | UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE: |
|---|---|---|---|---|
| Argemiro Ramos Acero | C.C. | 1.106.738.994 | Ayudante | Nuevo Mozú |

**COMPROMISO**

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

El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco, botas, gafas, tapa bocas | 1 | 09/12/2025 | *ARGEMIRO RAMOS A. |
| 2 | Gafas, tapa bocas | 1 | 13/12/2025 | *ARGEMIRO RAMOS A. |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA**

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

Scanned with CamScanner

# ACTIVIDADES DE OBRA








REDMI NOTE 13
ARGEMIRO RAMOS
10/12/2025 17:41

# SAN BENITO ABAD

# BASE DE DATOS PERSONAL

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CENTRO DE TRABAJO** | **SAN BENITO** | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **CEDULA** | **NOMBRE** | **APELLIDOS** | **CARGO** | **EPS** | **ARL** | **AFP** | **INGRESO** | **SALIDA** | **FECHA EXAMEN MEDICO** | **FECHA CURSO DE ALTURAS** |
| 1 | 2.996.024 | PABLO ENRIQUE | HUERFANO | MAESTRO | CAPITAL SALUD | POSITIVA | COLPENSIONES | 25/11/2025 | | 20/11/025 | |
| 2 | 1.012.406.005 | EDWIN ANDRES | HUERFANO CRIOLLO | AYUDANTE | SALUD TOTAL | POSITIVA | PORVENIR | 25/11/2025 | | 20/11/025 | |
| 3 | 79.534.624 | JORGE NOLBERTO | CORTES BAUTISTA | OFICIAL | CAPITAL SALUD | POSITIVA | COLPENSIONES | 25/11/2025 | | 20/11/025 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

# DOCUMENTACIÓN INGRESO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.012.406.005**

**HUERFANO CRIOLLO**
APELLIDOS

**EDWIN ANDRES**
NOMBRES



Edwin Huerfano
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1993**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**23-DIC-2011 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01094619-M-1012406005-20190821 **00674**71599A 1 9909464564

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015793325 | 1\|3\|1\|1\|2\|0\|2\|5 |

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

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

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

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

**4.Contribución Solidaria** — Si ☐ No ☒

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

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

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 1

## A. AFILIACIÓN

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| HUERFANO<br>Primer apellido | CRIOLLO<br>Segundo apellido | EDWIN<br>Primer nombre | ANDRES<br>Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1012406005 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | | |
| COLOMBIA | COLOMBIA | BOGOTA | BOGOTA | | 2\|0\|1\|2\|1\|9\|9\|3 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | | 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | Si ☐ No ☒ | SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | PORVENIR FPC | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 78 C 77 12 SUR | | 3148258918 | EDWINHUERFANO@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | BOSA | Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

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

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

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| | 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

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

**51. Datos de residencia**

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

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Seleccion de la IPS Primaria

| | | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | VS BOSA - VS BOSA | VSBOSA - VSBOSA |
| B | | - | - |
| B | | - | - |
| B | | - | - |

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| GROUP INTEGRAL PRO SAS | NIT | 901407518 | 01 |

**59.Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| CL 122 7 A 91 3232222474 | 8084336 | SERGIOALVAREZ@CONTABLESOLUTIONS.COM | BOGOTA | BOGOTA |

| No de Radicacion |
|---|
| 4015793325 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1\|2\|1\|1\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☐ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☐ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

| | |
|---|---|
| Andres H. | |
| **80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario** | **81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio** |

## X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**CERTIFICA QUE:**

**EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO** identificado con **Cédula Ciudadanía 1012406005** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** | |
|---|---|
| Nombres y/o Razón Social | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| Tipo y Número de Documento | NIT 901407518 |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2025/11/12 |
| Estado de Afiliación | Activo |
| Tipo de Vinculación | Dependiente |
| Código Actividad Económica | 5711001 |
| Clase de Riesgo | 5 |
| Fecha de Retiro | Sin Retiro |

Esta certificación se expide a los 2025/11/11.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

**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:

**EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.406.005**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Octubre del 2024.

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.

**IPS GUADALUPE SAS**
**Nit: 901835329**
**Dirección: Calle 9B # 7-25 Barrio Avenidas**
**Teléfono: 3102577557**
**Email: ipsguadalupes@gmail.com**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° ingreso** | **140916** | **Fecha Impresión** | 2025-11-24 |
| **Fecha Ingreso** | 2025-11-20 11:31:40 | **Ciudad** | FLORENCIA |
| **Nombre** | EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO | **CC** | 1012406005 |
| **Sede** | ipsguadalupes@gmail.com | **Ocupación** | AYUDANTE |
| **Tipo de Examen** | PRE - INGRESO | **Fecha Nacimiento** | 1993-12-20 |
| **Edad** | 31 años | **Dirección** | |
| **Teléfono** | 3024785158 | **Estado Civil** | Separado(a) |
| **# Hijos** | 1 | **Empresa a Laborar** | |
| **Fecha Salida** | 2025-11-20 16:37:49 | **Empresa Contratante** | **GROUP INTEGRAL** |
| **Nit Empresa** | 2222222 | **Actividad Economica** | Atención a usuarios particulares. |
| **EPS** | ASMET SALUD | **ARL** | POSITIVA ARL |
| **Fondo Pensiones** | SSS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A. | **Nombre Acompañante** | EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE |

### Certificación de Aptitud

**APTO**

### Concepto de acuerdo al énfasis

| | |
|---|---|
| OSTEOMUSCULAR | APTO |

### Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

### Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

### Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

### Sistema de Vigilancia Epidemiológica

### Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

**Profesional:** Martha Cecilia Osorio Garcia
**CC:** 29673871
**Registro médico:** 29673871
**Licencia N°:** 0778 - 26/05/21

**Firma del trabajador:** EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO
**CC** 1012406005

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-02 | |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO OBRAS DOMO DT | | PÁGINA 1 DE 2 | |
| | EVALUACIÓN A INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SST | VERSION: 0.0 | FECHA: 24/10/2025 |

| I. Identificación | |
|---|---|
| Tema de capacitación / reinducción | Edwin Andres Herlano |
| Nombre del asistente | Induccion |
| Cargo | Oficial |
| Fecha | 25/11/25 |

**II. Preguntas**

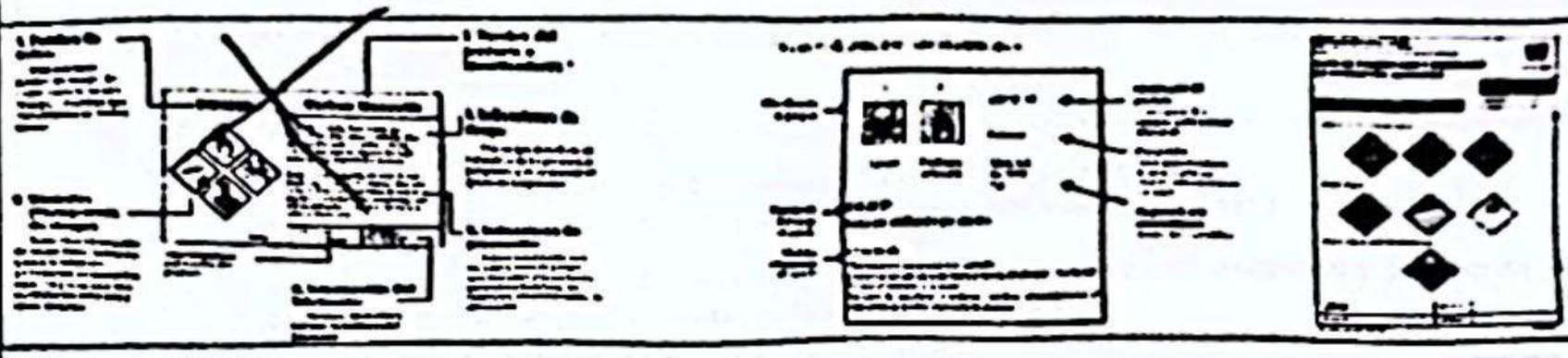
**Responda cada una de las preguntas descritas a continuación,**
**El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acaba de asistir.**

| Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. La política de SST de CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 se refiere a: | a) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 procura por el mejoramiento continuo, en pro a un ambiente de trabajo seguro y saludable. Solo bajo la responsabilidad de los trabajadores.<br>b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común<br>X Bajo la responsabilidad de la gerencia y el cumpliendo los requisitos legales aplicables del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. CONSORCIO OBRAS DOMO 2024, se compromete con la protección y promoción de la salud de todos sus trabajadores, contratistas y subcontratistas, independiente de su forma de contratación o vinculación, en todos sus centros de trabajo, procurando por la integridad física mediante el control y gestión de los riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente. |
| 2. La Política de prevención de uso de Alcohol; Drogas y Tabaco aplica para: | a. Toda su familia<br>b. Solo gerentes.<br>X c. Todos los funcionarios de CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 y contratistas |
| 3. El COPASST o Vigía ocupacional es... | .....es el comité encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de la empresa.<br>X a. Verdadero<br>b. Falso |
| 4. El Comité de Convivencia Laboral es: | El Comité de Convivencia Laboral permite establecer la responsabilidad que les asiste a los empleadores y a las Administradoras de Riesgos Laboral, frente al desarrollo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral...<br>X Verdadero<br>b. Falso |
| 5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X | X a. Físico<br>X b. Químico<br>X c. Condiciones de Seguridad<br>X d. Biomecánico<br>X e. Biológico<br>X f. Fenómenos Naturales |
| 6. Son Normas y responsabilidades del empleado... | a. Cumplir las normas, reglamentos, políticas, procedimientos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos en la empresa<br>b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros.<br>c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.<br>d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa.<br>X e. Todas las anteriores. |
| Describa un acto inseguro. | No EPP |
| En su labor ¿qué Elementos de protección personal debe usar? | Casco, botas, pantalon, Botas |
| Describa con sus palabras. ¿qué debe hacer en caso de emergencia? | llamar al SISO |

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

| CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-02 | |
|---|---|---|---|
| | | PÁGINA 2 DE 2 | |
| | EVALUACIÓN A INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SST | VERSION: 0.0 | FECHA: 24/10/2025 |

| | |
|---|---|
| 10. Indique el uso de cada código de colores para la disposición correcta de residuos. | Negro: No Aprovechable<br>Blanco: Aprovechable<br>Verde: Organicos<br>Roja: Peligroso |
| 11. Indique el rotulado para productos químicos – SGA |  |
| 12. Indique una medida para contribuir con el cuidado del medio ambientes | Reciclar. |
| 13. Indique los equipos de emergencia para la atención de un AT | Botiquin |
| 14. Indique los equipos de emergencia para el control de Derrames de Sustancias peligrosas. | Kit derrames |

**III. Observaciones y Sugerencias con respecto al tema de capacitación.** Es nuestro interés conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos y trabajar en la corrección de aquellos en los que exista debilidad.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma del Trabajador | Edwin H | Firma del capacitador | |

Escaneado con CamScanner

| CONSORCIO EDT | GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-03 | |
|---|---|---|---|
| | ENTREGA DE DOTACIÓN | PAGINA 1 DE 1 | |
| | | VERSION: 0.0 | FECHA: 11/7/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Andres Hernan | CEDULA No. | 1012406005 |
| CARGO | Oficial | | |

**DOTACION ENTREGADA**

| ITEM | DOTACION ENTREGADA | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Botas | 1 | | EDWIN A H |
| 2 | CASCO | 1 | | EDWIN A H |
| 3 | Camiseta | 1 | | EDWIN A H |
| 4 | Gafas | 1 | | EDWIN A H |
| 5 | Guantes | 1 | | EDWIN A H |
| 6 | Tapabocas | 1 | | EDWIN A H |
| 7 | Tapaoidos | 1 | | EDWIN A H |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | Duvan Estrada | CEDULA No. | 52964239 |
| CARGO | SST | FIRMA | |

**COMPROMISO**

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

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

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

**FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:**

EDWIN H

CEDULA No. 1012406005

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:29:11 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1012406005**
Apellidos y Nombres: **HUERFANO CRIOLLO EDWIN ANDRES**

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 290407817

PIB
12:29:59


Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012406005:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:31:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1012406005 |
| Código de Verificación | 1012406005260130123107 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.534.624
CORTES BAUTISTA
APELLIDOS
JORGE NOLBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1969
GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
05-ABR-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00006941-M-0079534624-20060603
0000224092A 1

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

**FORMULARIO No.**

| Número de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)* Página 1 de 2

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ] | A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ] | A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | (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: Cortes | Segundo apellido: Bautista | Primer nombre: Jorge | Segundo nombre: Nolberto |
| 7. Tipo documento de identidad: CC | 8. Número de documento de identidad: 79.534.624 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 2008 1 9 69 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**
Datos personales

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

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingresos base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| Positiva | Colpensiones | 1423500 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección: Calle 18 bis 83-05 | Teléfono: | Teléfono celular: 3204243909 | Correo electrónico: afiliacionesempresas13@gmail.com |
| Municipio/Distrito: Bogotá | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad/Comuna: | Departamento: Cundinamarca |

**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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

**Datos complementarios**

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

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

**Selección de la IPS primaria**

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

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

| 35. 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) |
|---|---|---|---|
| Group Integral Pro SAS | NIT | 901407518 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: Av Cra 15 #106-51 Pb | Teléfono: 3173021685 | Correo electrónico: afiliacionesempresas13@gmail.com | Municipio/Distrito: Bogotá | Departamento: Cundinamarca | |

Powered by CamScanner

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

# FORMULARIO No.



## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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.
- [X] 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.
- [X] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| Cortes | Bautista | Jorge | Nolberto |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CC | 79534624 | Femenino [ ] Masculino [X] | 20/08/1969 | 12/11/2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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 aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

- [X] 56. Copia documento de identidad:

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad | [ ] | [ ] | [ ] | [X] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | 1 |

- [ ] 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 | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del Departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

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.**

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**CERTIFICA QUE:**

**JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA** identificado con **Cédula Ciudadanía 79534624** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** | |
|---|---|
| Nombres y/o Razón Social | GROUP INTEGRAL PRO SAS |
| Tipo y Número de Documento | NIT 901407518 |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2025/11/12 |
| Estado de Afiliación | Activo |
| Tipo de Vinculación | Dependiente |
| Código Actividad Económica | 5711001 |
| Clase de Riesgo | 5 |
| Fecha de Retiro | Sin Retiro |

Esta certificación se expide a los 2025/11/11.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79534624,** se encuentra afiliado/a desde **11/12/2002** 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 11 de noviembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS GUADALUPE SAS
Nit: 901835329
Dirección: Calle 9B # 7-25 Barrio Avenidas
Teléfono: 3102577557
Email: ipsguadalupes@gmail.com

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° ingreso** | **140924** | **Fecha Impresión** | 2025-11-24 |
| **Fecha Ingreso** | 2025-11-20 11:42:37 | **Ciudad** | FLORENCIA |
| **Nombre** | JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA | **CC** | 79534624 |
| **Sede** | ipsguadalupes@gmail.com | **Ocupación** | AYUDANTE |
| **Tipo de Examen** | PRE - INGRESO | **Fecha Nacimiento** | 1969-08-20 |
| **Edad** | 56 años | **Dirección** | |
| **Teléfono** | 3233588970 | **Estado Civil** | Casado(a) |
| **# Hijos** | 2 | **Empresa a Laborar** | |
| **Fecha Salida** | 2025-11-20 16:47:42 | **Empresa Contratante** | GROUP INTEGRAL |
| **Nit Empresa** | 2222222 | **Actividad Economica** | Atención a usuarios particulares. |
| **EPS** | ASMET SALUD | **ARL** | POSITIVA ARL |
| **Fondo Pensiones** | COLPENSIONES | **Nombre Acompañante** | EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE |

## Certificación de Aptitud

**APTO**

## Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR — APTO

## Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

## Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE RC VISUAL

## Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

## Sistema de Vigilancia Epidemiológica

## Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

Dra. Martha C. Osorio Garcia
MEDICO CC 29673871
0778 26/05/2021

**Profesional:** Martha Cecilia Osorio Garcia
**CC:** 29673871
**Registro médico:** 29673871
**Licencia N°:** 0778 - 26/05/21

**Firma del trabajador:** JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA
**CC** 79534624

| CONSORCIO OBRAS CIVILES DT | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SGSST-F-02 | |
|---|---|---|---|
| | | PÁGINA 1 DE 2 | |
| | EVALUACIÓN A INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SST | VERSION: 0.0 | FECHA: 24/10/2025 |

| I. Identificación | |
|---|---|
| Tema de capacitación / reinducción | Induccion |
| Nombre del asistente | Jorge Cortez |
| Cargo | Oficial |
| Fecha | 25/11/25 |

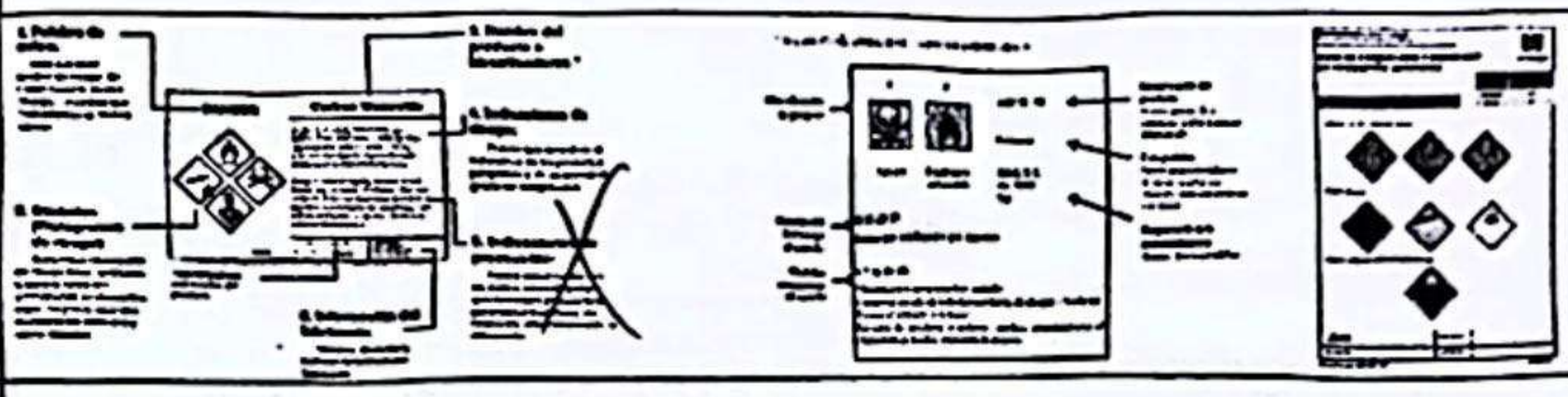
**II. Preguntas**

Responda cada una de las preguntas descritas a continuación.
El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acabe de asistir.

| Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. La política de SST de CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 se refiere a: | a) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 procura por el mejoramiento continuo, en pro a un ambiente de trabajo seguro y saludable. Solo bajo la responsabilidad de los trabajadores.<br>b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común<br>X Bajo la responsabilidad de la gerencia y el cumpliendo los requisitos legales aplicables del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. CONSORCIO OBRAS DOMO 2024, se compromete con la protección y promoción de la salud de todos sus trabajadores, contratistas y subcontratistas, independiente de su forma de contratación o vinculación, en todos sus centros de trabajo, procurando por la integridad física mediante el control y gestión de los riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente. |
| 2. La Política de prevención de uso de Alcohol; Drogas y Tabaco aplica para: | a. Toda su familia<br>b. Solo gerentes.<br>X Todos los funcionarios de CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 y contratistas |
| 3. El COPASST o Vigía ocupacional es... | .....es el comité encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de la empresa.<br>X Verdadero<br>b. Falso |
| 4. El Comité de Convivencia Laboral es: | El Comité de Convivencia Laboral permite establecer la responsabilidad que les asiste a los empleadores y a las Administradoras de Riesgos Laboral, frente al desarrollo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral...<br>X Verdadero<br>b. Falso |
| 5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X | X Físico<br>b. Químico<br>X Condiciones de Seguridad<br>X Biomecánico<br>X Biológico<br>X Fenómenos Naturales |
| 6. Son Normas y responsabilidades del empleado... | a. Cumplir las normas, reglamentos, políticas, procedimientos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos en la empresa<br>b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros.<br>c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.<br>d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa.<br>X Todas las anteriores. |
| 7. Describa un acto inseguro. | No Uso Casco |
| 8. En su labor ¿qué Elementos de protección personal debe usar? | Casco, botas, Guantes, Overol |
| 9. Describa con sus palabras. ¿qué debe hacer en caso de emergencia? | Conservar la calma |

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| 10. Indique el uso de cada código de colores para la disposición correcta de residuos. | Negro: No aprovechable<br>Blanco: Aprovechable<br>Verde: Organico aprovechable<br>Roja: Peligroso |
| 11. Indique el rotulado para productos químicos – SGA |  |
| 12. Indique una medida para contribuir con el cuidado del medio ambientes | Reciclar. |
| 13. Indique los equipos de emergencia para la atención de un AT | Botiquin. |
| 14. Indique los equipos de emergencia para el control de Derrames de Sustancias peligrosas. | Kit derrames |

**III. Observaciones y Sugerencias con respecto al tema de capacitación. Es nuestro interés conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos y trabajar en la corrección de aquellos en los que exista debilidad.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma del Trabajador | | Firma del capacitador | |

Escaneado con CamScanner