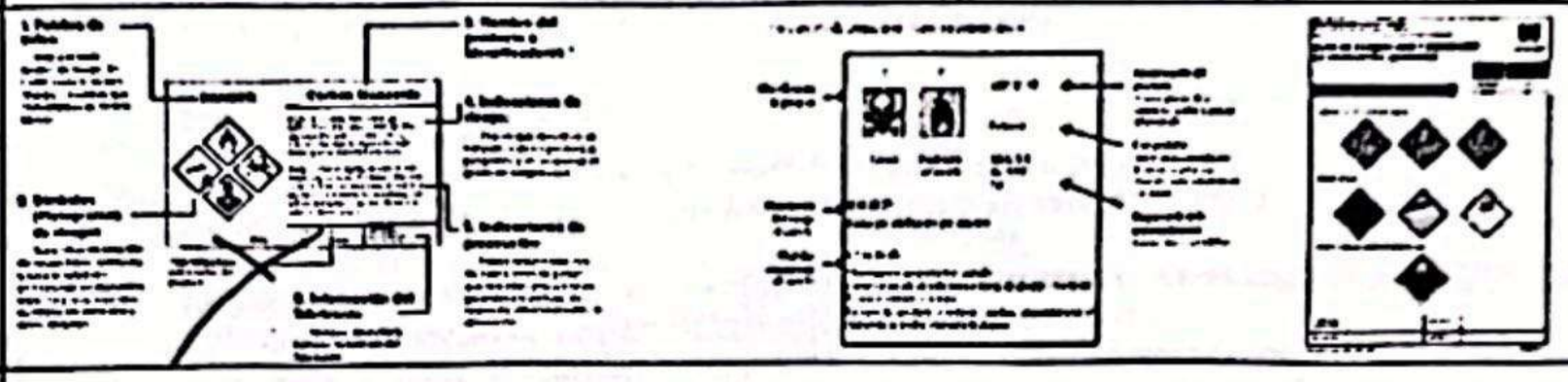
CONSORCIO EDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-02	
		PÁGINA 2 DE 2	
	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SST	VERSION: 0.0	FECHA: 24/10/2025

10. Indique el uso de cada código de colores para la disposición correcta de residuos.	Negro: No aprovechable Blanco: Aprovechable Verde: Organico lavado Roja: Hospitalario
11. Indique el rotulado para productos químicos – SGA	
12. Indique una medida para contribuir con el cuidado del medio ambientes	Reciclar, cuidar el agua
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.	contacto al jefe inmediato

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:52:50 AM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80807397**
Apellidos y Nombres: **NINO VARGAS LUIS ALBERTO**

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

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

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

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

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. 290403874

PIB
11:53:57

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) LUIS ALBERTO NIÑO VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80807397:

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 11:55:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80807397
Código de Verificación	808073972601301155 17

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


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
04-ENE-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
17-JUL-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1500150-01125089-M-1023943690-20200109
0069618213A 1
9911360123


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.023.943.690
CRUZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES
LUIS CRUZ
FIRMA

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 MES 2025 AÑO

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
CRUZ	RODRIGUEZ	LUIS	FERNANDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1023943690
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 04 MES ENERO AÑO 1995

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: 3142341191
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CR 07 # 45 - 34
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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GROUP INTEGRAL PRO SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901407518	3183835628 CELULAR	DEPENDIENTE

59. Dirección: CL 122 # 07 - 91
sergioalvarez@contablesolutions.com
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO: PUTUMAYO

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
CRUZ	RODRIGUEZ	LUIS	FERNANDO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1023943690
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA 04 MES 01 AÑO 1995
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 12 MES 11 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

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

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. -

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:

LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.943.690**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Noviembre del 2025.

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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ identificado con **Cédula Ciudadanía 1023943690** 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

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	**140923**	**Fecha Impresión**	2025-11-24
Fecha Ingreso	2025-11-20 11:45:14	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ	**CC**	1023943690
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1995-01-04
Edad	30 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
# Hijos	0	**Empresa a Laborar**	
Fecha Salida	2025-11-20 16:35:21	**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: LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ
CC 1023943690

	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	Induccion
Nombre del asistente	luis cruz
Cargo	Ayudante.
Fecha	01/12/25

II. Preguntas

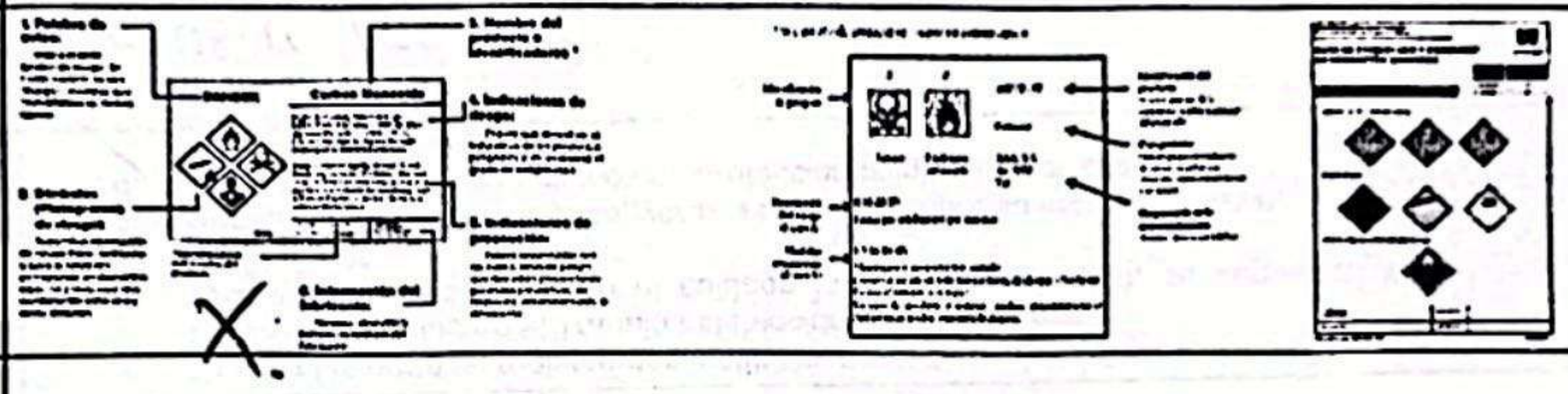
Responda cada una de las preguntas descritas a continuación,
El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acaba de asistir.

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. b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común ✓ 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 b. Solo gerentes. ✓ 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. ✓ a. Verdadero 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... ✓ a. Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	✓ a. Físico ✓ b. Químico ✓ c. Condiciones de Seguridad ✓ d. Biomecánico ✓ e. Biológico ✓ 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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. ✓ d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. ✓ e. Todas las anteriores.
7. Describa un acto inseguro.	no usar los EPPS
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 no correr

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DT	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 aprovechables Blanco: Aprovechables Verde: Organico Roja: Hospitalario
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.	Usar el Kit de derrame

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	Luis Cruz	Firma del capacitador	

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 11:58:30 AM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1023943690**
Apellidos y Nombres: **CRUZ RODRIGUEZ LUIS FERNANDO**

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

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

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

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

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. 290404578

PIB
11:59:26

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) LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023943690:

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 12:05:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023943690
Código de Verificación	1023943690260130120531

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.129.245**

GONZALEZ BELTRAN

APELLIDOS

ANA DERLY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1973**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

09-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01308264-F-0052129245-20220718 **0080**075191A 1 8505142910

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA DERLY GONZALEZ BELTRAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52129245,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2019** 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 18 de noviembre de 2024.



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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

ANA DERLY GONZALES BELTRAN identificado con **Cédula Ciudadanía 52129245** 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

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	**140908**	**Fecha Impresión**	2025-11-24
Fecha Ingreso	2025-11-20 11:25:22	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	ANA DERLY GONZALEZ BELTRAN	**CC**	52129245
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1973-09-12
Edad	52 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Union Libre
# Hijos	1	**Empresa a Laborar**	
Fecha Salida	2025-11-20 16:49:05	**Empresa Contratante**	R R
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 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: ANA DERLY GONZALEZ BELTRAN
CC 52129245

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-02	
CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 DT		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	Ana Lady Gonzalez
Cargo	ayudante
Fecha	01/12/25

II. Preguntas

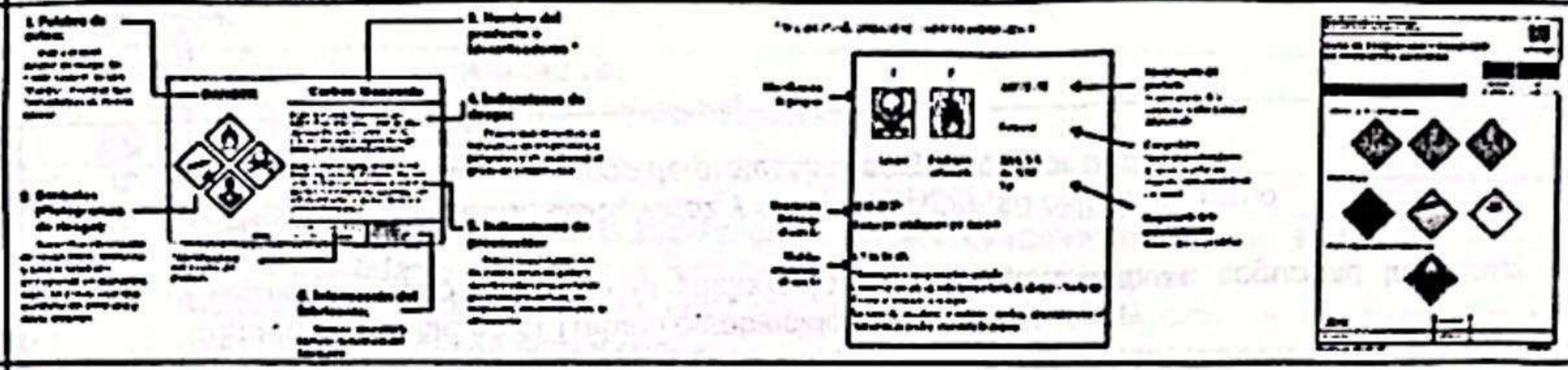
Responda cada una de las preguntas descritas a continuación,
El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acaba de asistir.

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. b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común (c) 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 b. Solo gerentes. (c.) Todos los funcionarios de CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 y contratistas
3. El COPASST o Vigia 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. (a) Verdadero 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... (a) Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	(a) Físico (b) Químico (c) Condiciones de Seguridad (d) Biomecánico (e) Biológico (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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. (e) Todas las anteriores.
7. Describa un acto inseguro.	Locales
8. En su labor ¿qué Elementos de protección personal debe usar?	Casco, Guantes, Botas
9. Describa con sus palabras. ¿qué debe hacer en caso de emergencia?	Conservar la calma no correr

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS SUBTERRANEAS 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 Blanco: Aprovechable Verde: Organico Roja: Hospitalario
11. Indique el rotulado para productos químicos – SGA	
12. Indique una medida para contribuir con el cuidado del medio ambientes	Cuidar agua
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 de 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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS CIVILES 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 Betton CEDULA No. 52129262

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	Camibuso	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 Espinel 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:

Ana Daly Gonzalez

CEDULA No: 52129262

Escaneado con CamScanner
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 11:32:35 AM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52129245**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ BELTRAN ANA DERLY**

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. 290401270

PIB
11:35:09

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) ANA DERLY GONZALEZ BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52129245:

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 11:45:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52129245
Código de Verificación	52129245260130114523

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

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

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	52124212							
4									
5									
6									

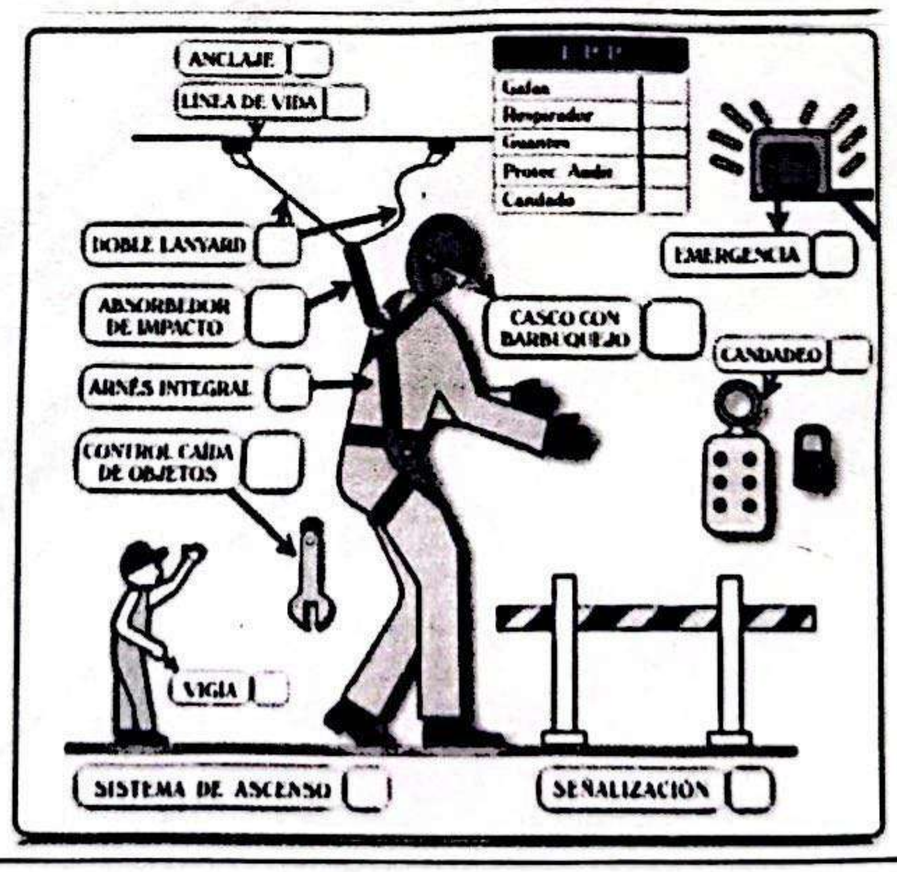
Vo.Bo. Residente Técnico: _____

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

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

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010478613

PLACA
FUF219

MARCA
CHEVROLET

LÍNEA
C 70 149

MODELO
1988

CILINDRADA CC
5.998

COLOR
AZUL

SERVICIO
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO
VOLQUETA

TIPO CARROCERÍA
PLATON

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ
7000

NÚMERO DE MOTOR
08G0048167

REG
N

VIN
******

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
CM706718

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE

IDENTIFICACIÓN
C.C. 19407850

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19407850

NOMBRE
JOSE VICENTE SIERRA DUEÑAS

FECHA DE NACIMIENTO
13-09-1960

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
21-10-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Scanned with CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
****

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
041850

I/E
I

FECHA IMPORT.
11/11/1987

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA
24/07/1988

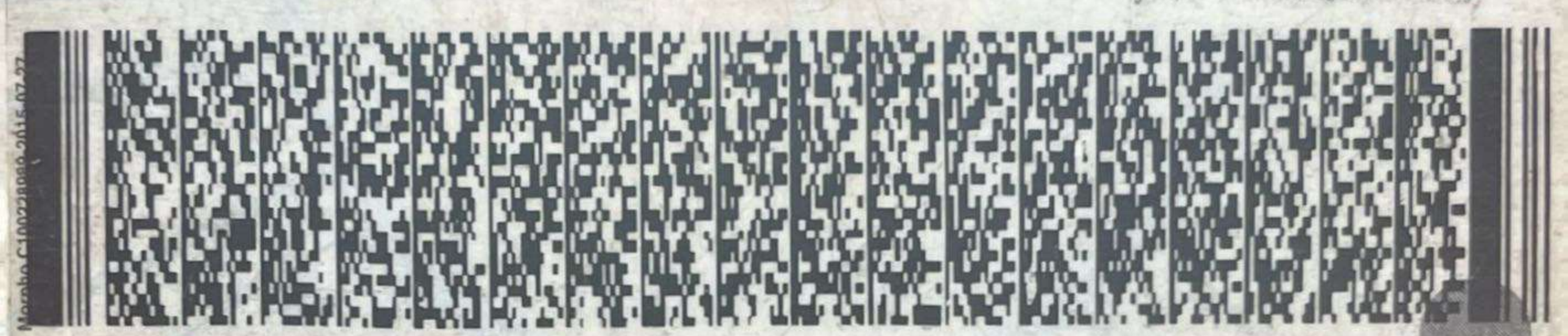
FECHA EXP. LIC. TTO.
13/10/2015

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.



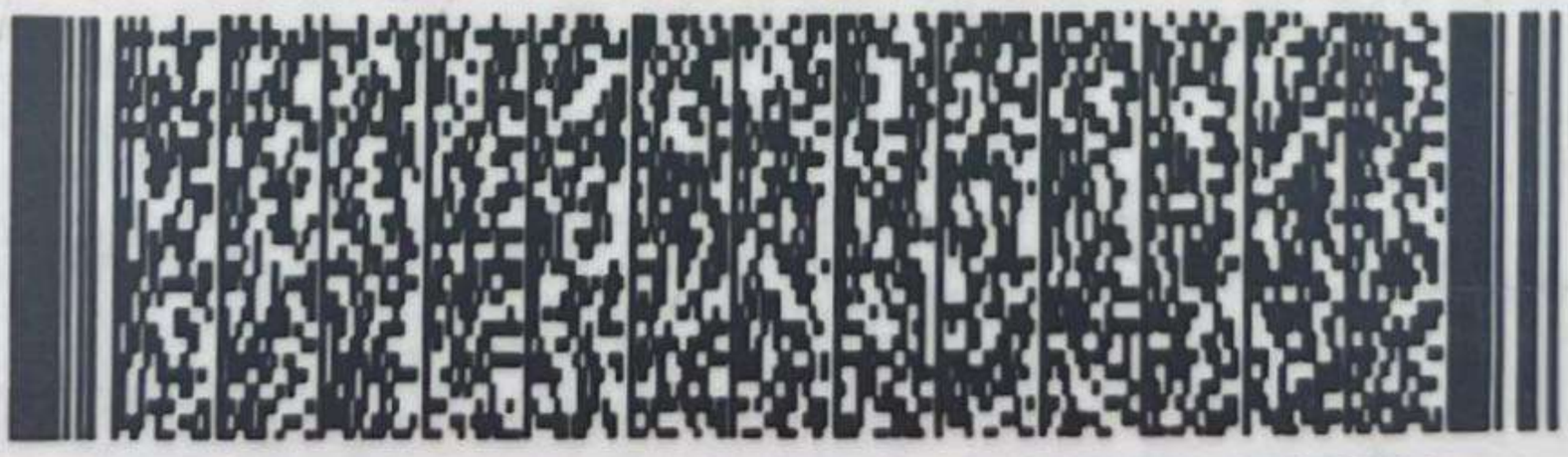


LT01006118634

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	21-10-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	21-10-2025	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007992459

Servicios Integrales 60947.2.0-29 02/24

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 185384193

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA AURORA

NIT: 901393137

No. de Certificado de Acreditación: 24-CDA-006

Fecha de expedición: 2025/11/19

Fecha de vencimiento: 2026/11/19

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FUF219

CLASE: VOLQUETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1988

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5998

NRO. MOTOR: 08G0048167

NRO. CHASIS: CM706718

VIN:

LÍNEA: C 70 149

COLOR: AZUL

NOMBRE PROPIETARIO: JOSE V. SIERRA D.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LIBARDO CARREÑO CASTRO

Scanned with CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA							
	AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
	2025	7	31	DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	8	1	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	7	31

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
91848185 - 612806975	FUF219	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	5998	1988

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: C70149	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
08G0048167	CM706718	NA	7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JOSE SIERRA DUENAS	3114496186	CC	19407850	SIBATE

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80001522	91848185	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 839.200	$ 436.300	$ 2.400

TOTAL A PAGAR

$ 1.277.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar su vehículo

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: **www.segurotercero.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/

Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.

[2] Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022

[3]. Para las demás tarifas no incluídas en el Decreto 2497 de 2022.

[4]. Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social

[5]. Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** **(+601)** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2002804202	9495344390	I	2026/01/15	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
1	CC	19407850	SIERRA JOSE																		0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$178,000
Total	**Afiliados(1)**																					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$178,000**	**$0**	**$0**	**$178,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1867884496	9492383785	I	2025/11/14	2025/10/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
1	CC	19407850	SIERRA JOSE																		0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$178,000
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1867884496	9492383785	I	2025/11/14	2025/10/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$178,000	$0	$0	$178,000

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	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	N/A
2	1,012,406,005	EDWIN ANDRES	HUERFANO CRIOLLO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR	25/11/2025		20/11/025	N/A
3	79,534,624	JORGE NOLBERTO	CORTES BAUTISTA	OFICIAL	CAPITAL SALUD	POSITIVA	COLPENSIONES	25/11/2025		20/11/025	N/A
4	1,023,039,411	LUIS FELIPE	RINCON NARVAEZ	AYUDANTE	CAPITAL SALUD	POSITIVA	PORVENIR	15/12/2025		15/12/2025	N/A

CONSORCIO OBRAS FORMATIVAS 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 Felipe Rincon | CEDULA No. 1023039911

CARGO Ayudante.

DOTACION ENTREGADA

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	16/julio	Felipe R
2	Guantes	1	16 julio	felipe R
3	Gafas	1	16 julio	felipe R

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE Daniela Ochoa | CEDULA No. 52961401

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:

felipe R

CEDULA No: 1023039911



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.039.411
RINCON NARVAEZ
APELLIDOS
LUIS FELIPE
NOMBRES
LUIS RINCÓN
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1,55
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-DIC-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:44:00 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1023039411**
Apellidos y Nombres: **RINCON NARVAEZ LUIS FELIPE**

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ identificado con **Cédula Ciudadanía 1023039411** 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	2025/12/15
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 2025/12/15.

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

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)*

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 registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Rincon	Segundo apellido: Narvaez	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Felipe

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023039411	Femenino [ ] Masculino [X]	18/09/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	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	Porvenir	1423500

18. Residencia				
Calle 105 #3A 46 Sur	Teléfono	3206320678	Correo electrónico	
Bogotá	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Cundinamarca	Departamento

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

24. Apellidos y nombres 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		
E		
D		

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					
Ubicación: Av Cra 15 #106-51 P3	Teléfono: 3183442020	Correo electrónico: afiliacionempleos23@gmail.com	Municipio/Distrito	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
Rincon	Narvaez	Luis	Felipe

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
C.C.	1023034911	Femenino [ ] Masculino [x]	18/04/1999	15/12/2023

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

64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	65. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Luis Rincon	

IX. ANEXOS

- [x] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	2

- [ ] 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

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:

LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.039.411**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-02	
CONSORCIO OBRAS DOMO 2024		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	felipe Rincon
Cargo	Aydante.
Fecha	16/12/25

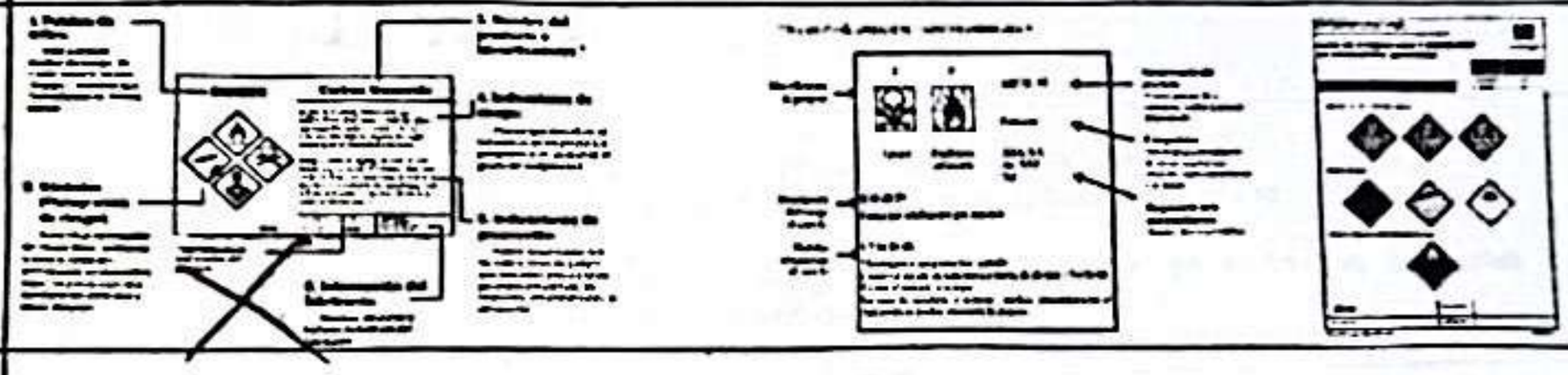
II. Preguntas

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. b) **CONSORCIO OBRAS DOMO 2024** Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común 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 b. Solo gerentes. X Todos los funcionarios de **CONSORCIO OBRAS DOMO 2024** y contratistas
3. El COPASST o Vigia 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. X Verdadero 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... X Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	X Físico X Químico X Condiciones de Seguridad X Biomecánico X Biológico 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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad Individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. X Todas las anteriores.
7. Describa un acto inseguro.	no usar los epps
8. En su labor ¿qué Elementos de protección personal debe usar?	casco, guantes, overol
9. Describa con sus palabras. ¿qué debe hacer en caso de emergencia?	Conservar la calma, actuar si es necesario

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DT	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 Blanco: aprovechable Verde: organico 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 de 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	

Scanned with CamScanner

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	**145817**	**Fecha Impresión**	2026-01-15
Fecha Ingreso	2026-01-15 09:17:29	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ	**CC**	1023039411
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1999-09-18
Edad	26 años	**Dirección**	
Teléfono	3242544101	**Estado Civil**	Soltero(a)
N° Hijos	1		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-01-15 09:23:03	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	FAMISANAR EPS	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	SSS PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	CUNDINAMARCA		

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: LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ
CC 1023039411

CONSORCIO DT	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-07	
		PAGINA 1 DE 1	
	INSPECCION DE PULIDORA	VERSION: 0.0	FECHA: 15/11/2024

CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Colegio San Benito.	AREA DE TRABAJO:	Baño
FECHA: 15/12/25	SERIAL N: DWE 4579	MARCA	DEWALT
ACTIVIDAD A REALIZAR:	Remodelacion Baño		

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	✓		✓		✓		✓							
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)	✓		✓		✓		✓							
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	✓		✓		✓		✓							
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓		✓		✓		✓							
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	✓		✓		✓		✓							
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓		✓		✓		✓							
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓		✓		✓		✓							
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	✓		✓		✓		✓							
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR.	✓		✓		✓		✓							
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓		✓		✓		✓							
SE INSTALÓ ADECUADAMENTE LA GUARDA	✓		✓		✓		✓							
Nombre del Operador:	Pablo		Pablo		Pablo		Pablo							
Nombre del HSE:														

NOTA: Esta lista se deberá entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FUERA DE SERVICIO SI___ NO___

OBSERVACIONES

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-07
		PAGINA 1 DE 1
	INSPECCION DE PULIDORA	VERSION: 0.0 / FECHA: 15/11/2024

CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	San Benito Sede A	AREA DE TRABAJO:	Baño
FECHA: 23/12/25	SERIAL N: DWE 4579	MARCA	DEWALT
ACTIVIDAD A REALIZAR:	Remodelacion Baño		

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	✓		X				✓		✓		X			
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)	✓		X		✓		✓		✓		X			
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	✓		X				✓		✓		X			
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓		X				✓		✓		X			
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	✓		X				✓		✓		X			
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓		X				✓		✓		X			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓		X				✓		✓		X			
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	✓		X				✓		✓		X			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR.	✓		X				✓		✓		X			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓		X				✓		✓		X			
SE INSTALÓ ADECUADAMENTE LA GUARDA	✓		X				✓		✓		X			
Nombre del Operador:	Pablo		Pablo				Pablo		Pablo		Pablo			
Nombre del HSE:														

NOTA: Esta lista se deberá entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FUERA DE SERVICIO SI___ NO___

OBSERVACIONES

CONSORCIO DT	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-07	
		PAGINA 1 DE 1	
	INSPECCION DE PULIDORA	VERSION: 0.0	FECHA: 15/11/2024

O DE TRABAJO / PROYECTO	San Benito Sede A	AREA DE TRABAJO:	Baño
: 05/11/26	SERIAL N: DWE 4579	MARCA	DEWALT

DAD A REALIZAR: Remodelacion Baño

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
EREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)			X		X		✓		✓		X			
DO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)			X		X		✓		✓		X			
NTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			X		X		✓		✓		X			
ADO E INSTALACION DEL MANGO			X		X		✓		✓		X			
ADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO			X		X		✓		✓		X			
TADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN			X		X		✓		✓		X			
UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			X		X		✓		✓		X			
STADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)			X		X		✓		✓		X			
E UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR.			X		X		✓		✓		X			
E HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			X		X		✓		✓		X			
SE INSTALÓ ADECUADAMENTE LA GUARDA			X		X		✓		✓		X			
Nombre del Operador:	Pablo		Pablo		Pablo		Pablo		Pablo		Pablo			
Nombre del HSE:														

NOTA: Esta lista se deberá entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FUERA DE SERVICIO SI___ NO___

OBSERVACIONES

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

Nombres y Apellidos: LUIS FELIPE RINCON **Fecha:** 16-1-2026

Área: OPERATIVA **Cargo a desempeñar:** AYUDANTE

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

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

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

felipe R

Firma trabajador

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290409173

PIB
12:44:48

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) LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023039411:

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 12:46:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023039411
Código de Verificación	1023039411260130124605

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

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

FECHA: 23 / 12 / 2025

LUGAR: San Benito

TEMA: PROTECCIÓN DE LOS PIES

CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Pablo Huafano	Encargado	San Benito	
Edwin Hurtado	Ayudante	San Benito	
felipe Rincon	Ayudante	San Benito	luis f.
Jorge Cortez	Oficial	San Benito	[illegible]

Scanned with CamScanner

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: 30/12/25	LUGAR: SAN BENITO
TEMA: IDENTIFICACION PELIGROS	CAPACITADOR: DAYANA ESPINEL

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertas	Oficial	San Benito	
Pablo Hueitan	Encargado	San Benito	
Jorge Cortez	Oficial	San Benito	

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: 05/01/2026	LUGAR: San Benito
TEMA: ABUSO AL ALCOHOL	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertano	Oficial	SAN BENITO	Edwin H
Pablo Huerta	Encargado	SAN BENITO	pablo E [illegible]
JORGE CORTEZ.	OFICIAL.	SAN BENITO	[illegible]

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

FECHA: 15/12/2026	LUGAR: SAN BENITO
TEMA: MANEJO DE TIJA ROBESTU	CAPACITADOR: JOHANA SALCEDO

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertano	Oficial		Edwin H
Pablo Huerta	Encargado		pablo E
JORGE CORTEZ.	OFICIAL.		[signature]

CS Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION:|1
		FECHA:13/11/2024

Ciudad: Bogota

Proyecto: San Benito Sede A

Fecha de realización del Trabajo: 15/12/25

Fecha de Finalizacion del Trabajo: 20/12/25

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 700

Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00pm

Descripción de la tarea a realizar: Remodelacion Baño

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	N/A	ESPACIO CONFINADO	N/A	EXCAVACION	N/A
TRABAJO ELECTRICO	N/A	OTRO, CUAL?	Caliente		

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pablo Hurtano	PABLO E HURTANO
Edwin Hurtano	EDWIN A HURTANO
Jorge Cotez.	
Felipe. Rincon	LUIS L.

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Dayana Espanol	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	✓
Eléctricas	✓
Neumáticas	N/A
Hidráulicas	N/A
Mecánicas	N/A
Otras	N/A

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?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Guantes botas arnes
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿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.)	NO

CONSORCIO CONSTRUCTORES EDUCATIVOS CDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION: 1
		FECHA: 13/11/2024

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Identifica Riesgo	Físico	Esguinces, Torceduras	Pausas Activas
firma permisos	Biomecánico	de los musculos	
Ir al sitio trabajo	Físico	Caidas	Autocuidado
Pegar ladrillo	Físico	Esguinces, Torceduras dolor muscular	Autocuidado
Pañetar	Físico	Caidas, golpes	Autocuidado
Pegar recuvo	Físico	Tiro pesos Caidas,	Uso adecuado de EPP.S
A Planar con maso	Biomecánico	Machucones	Autocuidado. Estar atento a la actividad
Orden y Aseo	Físico	Golpes	Uso de EPPS

HORA:

CONSORCIO OBRAS FERRATIVAS DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION:|1
		FECHA:13/11/2024

Ciudad: BOGOTA

Proyecto: SAN BENITO

Fecha de realización del Trabajo: 22/12/2025

Fecha de Finalizacion del Trabajo: 27/12/2025

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 8:00

Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00

Descripción de la tarea a realizar: Remodelacion BAÑO

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	N/A	ESPACIO CONFINADO	N/A	EXCAVACION	N/A
TRABAJO ELECTRICO	S	OTRO, CUAL?			

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Andres Huertano	Edwin H
Jorge Cortez	
Pablo Huertano	Pablo Huertano

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Dayana Esanel	
Sebastian Guzman	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	✓	Martillo
Eléctricas	✓	Pulidora taladro
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 caida?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Guantes, Botas, Camibaso
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	N/A
¿Qué otros peligros hay en al lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N/A

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION:|1
		FECHA:13/11/2024

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
INSPECCION AREA DE TRABAJO	FISICO, MECANICO	GOLPES, CAIDAS MUERTE	AUTOCUIDADO
Instalacion de CAJAS Y PAREDES	FISICO MECANICO	golpes, caidas	USO ADECUADO DE EPPS
			AUTOCUIDADO
Corte bloque	FISICO, MECANICO	Golpes, Cortaduras	USO ADECUADO EPPS
Ordenar Aseo	FISICO	caidas, Cortaduras	USO ADECUADO EPPS

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

Ciudad: BOGOTA

Proyecto: SAN BENITO ABAD

Fecha de realización del Trabajo: 05/01/2026

Fecha de Finalizacion del Trabajo: 16/01/2026

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00 am

Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00 PM

Descripción de la tarea a realizar: Reembolacion de BARD

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	N/A	ESPACIO CONFINADO	N/A	EXCAVACION	N/A
TRABAJO ELECTRICO	N/A	OTRO, CUAL?			

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Edwin Huertano	Edwin H
Jorge Cortez	
Pablo Huertano	Pablo Huertano

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Dayana Espinel M Sebastian Guzman	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	
Manuales	
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?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Guantes, Botas
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	N/A
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Ninguno

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION: 1
		FECHA: 13/11/2024

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Identificación de Riesgos, firma planillas	físico	Golpes, Caidas	Pausas activas
Instalación tablet	físico	Golpes, Cortaduras	Autocuidado
Orden y aseo	físico, biologico	Golpes	uso adecuado de EPP

CONSORCIO CONSTRUCTOR ATACAMA

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20	
VERSIÓN: 06	
REVISIÓN: 27/11/2024	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 15 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 700

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 20 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 500

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Obras DT

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Colegio San Benito

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 4

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion de Baño

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora, taladro, Pala, Herramienta menor

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?		X	
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?		X	
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	X		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	X		
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

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

4 Requerimiento de documentos anexos. (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS		X

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales? _____

Marque con "X" según aplique

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI ☐ NO ☒

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI ☐ NO ☒

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
15/12/25	15/12/25 10/12/25		

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

- ☐ El trabajo ha sido terminado
- ☐ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- ☐ Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

- ☐ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- ☐ Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- ☐ El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS CIVILES ATIVAS CDT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20
VERSIÓN: 06
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 23 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 700

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 27 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 500

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Obras DT

ÁREA O LUGAR: Colegio San Benito

Nº CONTRATO:

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 4

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion de Baño

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pala Cortadora enchape Polidora

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?		X	
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	✓		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	✓		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	✓		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	✓		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	✓		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	✓		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	✓		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	✓		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	✓		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	✓		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	✓		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	✓		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	✓		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	✓		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	✓		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	✓		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	✓		
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?	✓		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			

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

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	✓	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	✓	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	✓	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS	✓	

5 Requerimientos adicionales

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

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI ☐ NO ☐
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI ☐ NO ☐
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
23/12/25	23/12/25 - 23/12/25	[signature]	[signature]

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que.
- ☐ El trabajo ha sido terminado
- ☐ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- ☐ Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- ☐ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- ☐ Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- ☐ El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS FINALISTAS DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20
VERSIÓN: 06
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 29 | MES 12 | AÑO 25 | HORA:

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 04 | MES 1 | AÑO 2026 | HORA:

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio DT

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Colegio San Benito

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion de Baño

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Putidora, Maceta,

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?		X	
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	X		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	X		
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

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

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS	X	

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuáles? _____

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI ☒ NO ☐

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI ☒ NO ☐

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
09-12-25	09-12-25 - 13-01-25	Donaldo Espinal	Jorge Cortes
			Edwin H
			Pablo E. Hurtado

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

- ☐ El trabajo ha sido terminado
- ☐ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- ☐ Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

- ☐ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- ☐ Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- ☐ El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS FINANCIERAS DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20
VERSIÓN: 00
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 05 | MES 01 | AÑO 26 | HORA: 700

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 10 | MES 01 | AÑO 2026 | HORA: 500

EMPRESA EJECUTORA: CONSORCIO OBRAS DT

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Colegio San Benito

Nº PERSONAS EJECUTORAS:

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion de Baño

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora, taladro, Pala, Herramienta menor

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?		X	
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	X		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	X		
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?	X		

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

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)		
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS	X	

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales? _____

Marque con "X" según aplique

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI ☐ NO ☒

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI ☐ NO ☒

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
15/12/25	15/12/25 10/12/25	Deyanira Estupiñan	Nicolas Manuel Pinto Rivera Hurtado

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

- ☐ El trabajo ha sido terminado
- ☐ El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- ☐ Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

- ☐ El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- ☐ Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- ☐ El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

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:
Edwin Andres Nuñez	CC	1017960055	Auxiliar	GDP

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	Guantes cuero	1	05/1/26	Edwin A.
2	Guantes nitrilo	1	06/1/26	Edwin 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				

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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

7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Edwin Herrera	1012406005	Mecanic	Edwin H

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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:
Pablo Hurtado	CC.	2996024	Encargado	G.O.P.

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	Guantes Caucho	1	05/1/2026	Pablo H
2	Guantes Hilo	1	08/1/2026	Pablo H
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				

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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

7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
Pablo Hurtado	2996029	Encargado	Pablo Hurtado

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: 05/1/2026	LUGAR: SAN BENITO
TEMA: MANEJO DE ACOPIO TEMPORALES DE RESIDUOS	CAPACITADOR: JOHANA SALCEDO

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertano	Oficial	SAN BENITO	
Pablo Huerta	Encargado	SAN BENITO	
JORGE CORTES	OFICIAL	SAN BENITO	

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010478613

PLACA
FUF219

MARCA
CHEVROLET

LÍNEA
C 70 149

MODELO
1988

CILINDRADA CC
5.998

COLOR
AZUL

SERVICIO
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO
VOLQUETA

TIPO CARROCERÍA
PLATON

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ
7000

NÚMERO DE MOTOR
08G0048167

REG
N

VIN
******

NÚMERO DE SERIE
******

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
CM706718

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE

IDENTIFICACIÓN
C.C. 19407850

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19407850

NOMBRE
JOSE VICENTE SIERRA DUEÑAS

FECHA DE NACIMIENTO
13-09-1960

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
21-10-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

Scanned with CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
****

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
041850

I/E
I

FECHA IMPORT.
11/11/1987

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

****

FECHA MATRÍCULA
24/07/1988

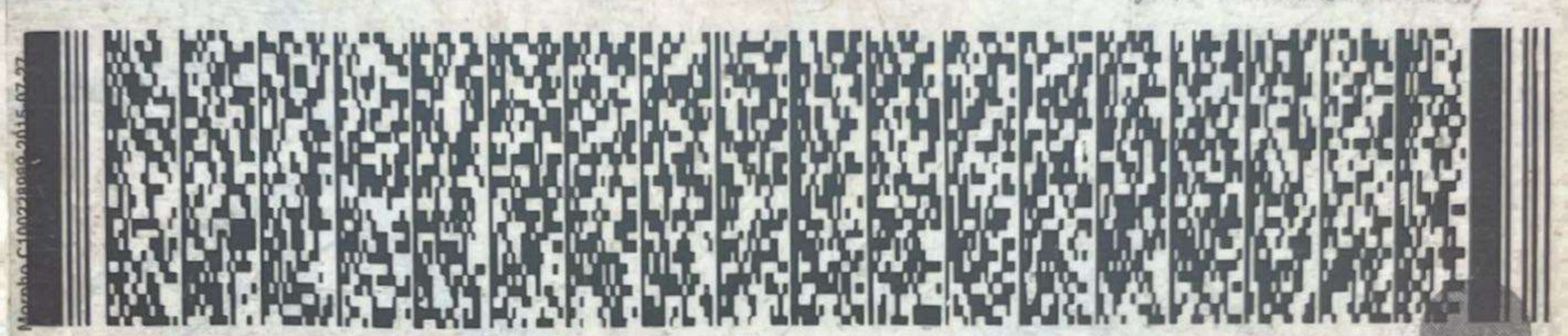
FECHA EXP. LIC. TTO.
13/10/2015

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.



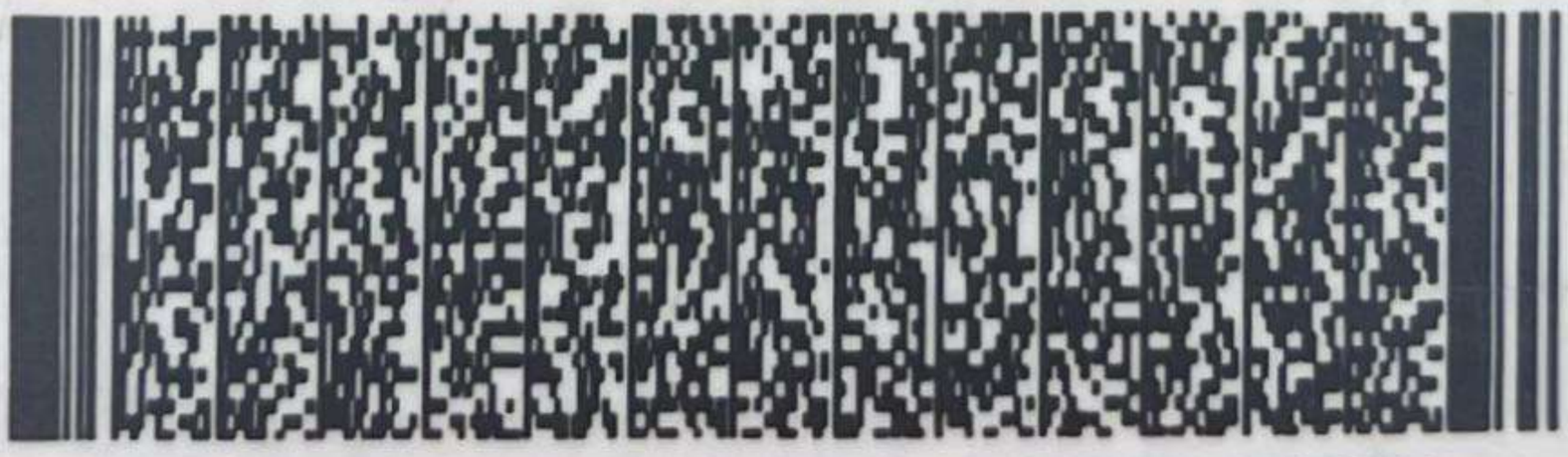


LT01006118634

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	21-10-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	21-10-2025	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007992459

Servicios Integrales 60947.2.0-29 02/24

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 185384193

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA AURORA

NIT: 901393137

No. de Certificado de Acreditación: 24-CDA-006

Fecha de expedición: 2025/11/19

Fecha de vencimiento: 2026/11/19

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FUF219

CLASE: VOLQUETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1988

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 5998

NRO. MOTOR: 08G0048167

NRO. CHASIS: CM706718

VIN:

LÍNEA: C 70 149

COLOR: AZUL

NOMBRE PROPIETARIO: JOSE V. SIERRA D.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LIBARDO CARREÑO CASTRO

Scanned with CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA							
	AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
	2025	7	31	DESDE LAS 00 HORAS DEL	2025	8	1	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	2026	7	31

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
91848185 - 612806975	FUF219	CARGA O MIXTOS	PUBLICO	5998	1988

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	PLATON
	LÍNEA VEHÍCULO: C70149	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
08G0048167	CM706718	NA	7,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
JOSE SIERRA DUENAS	3114496186	CC	19407850	SIBATE

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80001522	91848185	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
32	$ 839.200	$ 436.300	$ 2.400

TOTAL A PAGAR

$ 1.277.900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?



Seguro Ter-cero

Cero preocupaciones al manejar su vehículo

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: **www.segurotercero.com**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/

Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.

[2] Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022

[3]. Para las demás tarifas no incluídas en el Decreto 2497 de 2022.

[4]. Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social

[5]. Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

- SOAT
- Accidentes Personales
- Arriendos
- Disfruta Tranquilo
- Conduce Tranquilo
- Vida
- Responsabilidad Cívil Familiar

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- Cumplimiento
- Judiciales
- Ingeniería
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Crédito
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- **Bogotá:** **(+601)** 327 47 12/13
- **Nacional:** 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2002804202	9495344390	I	2026/01/15	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
1	CC	19407850	SIERRA JOSE																		0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$178,000
Total	**Afiliados(1)**																					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$178,000**	**$0**	**$0**	**$178,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1867884496	9492383785	I	2025/11/14	2025/10/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000
1	CC	19407850	SIERRA JOSE																		0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$178,000
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$178,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19407850		SIERRA DUEÑAS JOSE VICENTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 A SUR NO. 88 C - 80 CASA 165	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3875586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1867884496	9492383785	I	2025/11/14	2025/10/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$178,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$178,000	$0	$0	$178,000

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

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	

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

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

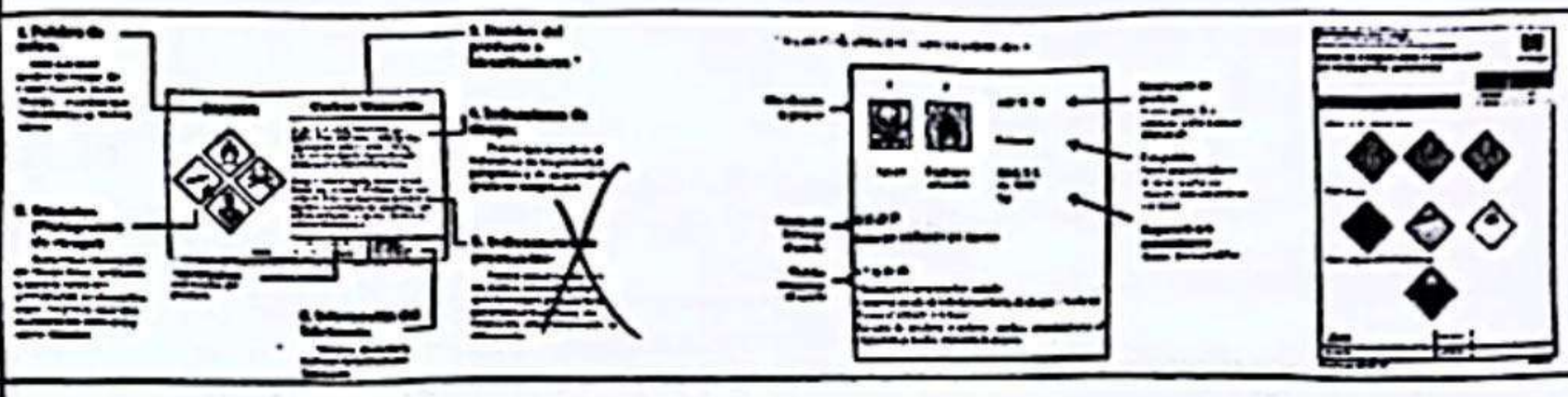
II. Preguntas

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. b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común 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 b. Solo gerentes. 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. X Verdadero 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... X Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	X Físico b. Químico X Condiciones de Seguridad X Biomecánico X Biológico 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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. 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 Blanco: Aprovechable Verde: Organico aprovechable 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

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

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

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

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

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: 25/11/25	LUGAR: San Benito
TEMA: Generalidades SST	CAPACITADOR: Dayana Cespedes

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertas	Oficial	San Benito	
Pablo Huertas	Encargado	San Benito	
Jorge Cortez	Oficial	San Benito	

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 Primer apellido	CRIOLLO Segundo apellido	EDWIN Primer nombre	ANDRES 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
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		2|0|1|2|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
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.

	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

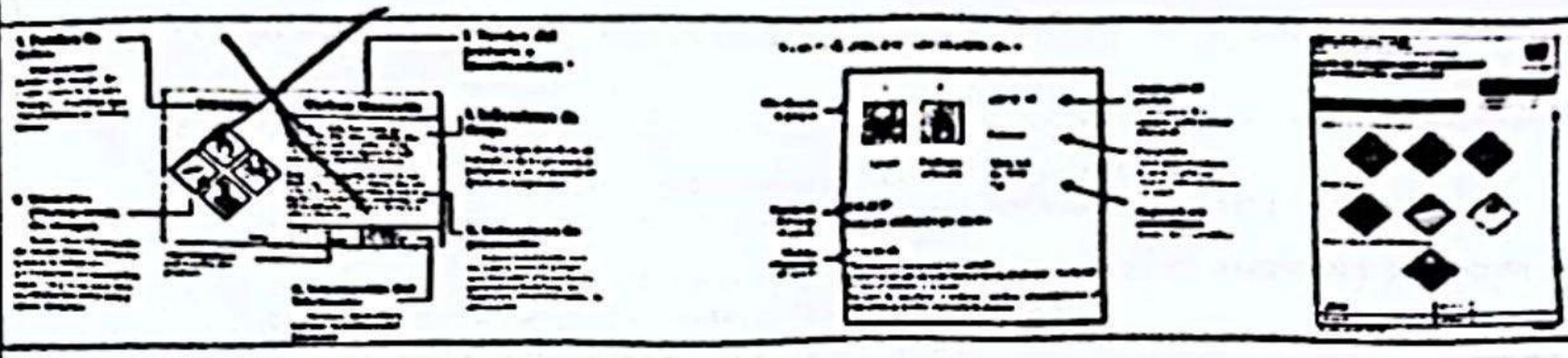
Responda cada una de las preguntas descritas a continuación,
El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acaba de asistir.

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. b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común 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 b. Solo gerentes. 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. X a. Verdadero 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... X Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	X a. Físico X b. Químico X c. Condiciones de Seguridad X d. Biomecánico X e. Biológico 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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. 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 Blanco: Aprovechable Verde: Organicos 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

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	**140927**	**Fecha Impresión**	2025-11-24
Fecha Ingreso	2025-11-20 11:51:58	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	PABLO ENRIQUE HUERFANO	**CC**	2996024
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1965-09-21
Edad	60 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
# Hijos	0	**Empresa a Laborar**	
Fecha Salida	2025-11-20 16:51:32	**Empresa Contratante**	R R
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

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

NO MANEJO DE CARGAS MAYOR A 25KG,USO DE RX 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



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

Firma del trabajador: PABLO ENRIQUE HUERFANO
CC 2996024

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.

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.

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)*

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 registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Huertano	Segundo apellido:	Primer nombre: Pablo	Segundo nombre: Enrique

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C.	2.996.024	Femenino [ ] Masculino [X]	21 09 1963

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	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	1.423.500

18. Residencia				
Dirección: Cra 80 # 71-10 Sur	Teléfono:	Teléfono celular: 3227389920	Correo electrónico: afiliaciones.empleados23@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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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)
Grupo Integral Prosas	NIT	901407518	Bogotá

39. Ubicación					
Dirección: Av Cra 15 # 106-51 P3	Teléfono: 3172021605	Correo electrónico: afiliaciones.empleados23@gmail.com	Municipio/Distrito:	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
Huertano		Pablo	Enrique.

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
C.C	2.996.024	Femenino [ ] Masculino [X]	21/09/1965	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
Pablo E Huertano.	

IX. ANEXOS

- [X] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad CC: [1] — Total [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

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

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	Jorge Cortez	CEDULA No.	79.534.624.
CARGO	Otrica		

DOTACION ENTREGADA

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas	1		
2	Casco	1		
3	Combol	1		
4	Guantes	1		
5	Gafas	1		
6	Tapabocas	1		
7	Tapaodos	1		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Oriana Espino	CEDULA No.	52964724
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 físico, 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:

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION: 1
		FECHA: 13/11/2024

Ciudad: Bogota
Proyecto: Consorcio Obras OT
Fecha de realización del Trabajo: 01/12/25
Fecha de Finalizacion del Trabajo: 05/12/25
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00
Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00 pm
Descripción de la tarea a realizar: Remodelacion de Baño

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA N/A
ESPACIO CONFINADO N/A
EXCAVACION N/A
TRABAJO ELECTRICO S
OTRO, CUAL?

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Andres Huertano	
Jorge Cortez	
Pablo Huertano	Pablo Huertano

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Dayana Esmeralda Sebastian Guzman	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS	
Manuales	✓ Martillo
Eléctricas	✓ Pulidora Taladro
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?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Guantes, Botas, Camibuso
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	N/A
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N/A

Escaneado con CamScanner
Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS CIVILES MINAS EDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION 1 1
		FECHA: 13/11/2024

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Verificar Riesgo Firma Permisos	fisico	Caidas. estres	Pausas Activas
Demolicion Pared	fisico	Golpes, Cortadas	Autocuidado
Cortar bloque	fisico, Mecanico	Golpes, Cortaduras	Autocuidado EPPS
Ordenar Aseo	fisico	caidas, Cortaduras	Uso Adecuado EPPS

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION: 1 FECHA: 13/11/2024

Ciudad: Bogotá

Proyecto: Sede A San Benito

Fecha de realización del Trabajo: 09-12-25

Fecha de Finalizacion del Trabajo: 13-12-25

Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00 am

Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00 Pm

Descripción de la tarea a realizar:

Remodelacion Baño

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	N/A	ESPACIO CONFINADO	N/A	EXCAVACION	N/A
TRABAJO ELECTRICO	N/A	OTRO, CUAL?	Caliente		

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pablo Huertano	Pablo H.
Andres Huertano	Edwin H
Jorge Calez	

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Dayana Espitia	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	Maceta
Eléctricas	X	Pulidora
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?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	EPP, Gafas, Casco, Botas,
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	Si
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N/A

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO CDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-05
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION: 1
		FECHA: 13/11/2024

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Identificar. lesso firma. permisos	Mecanicos	Dolor muscular.	Pausas Activas
Ir al sitio trabajo	fisico	Caidas	Autocuidado
Pesar ladrillo	fisico	Golpes Caidas mismo nivel	Autocuidado
Pesar tubos	fisico	dolor muscular.	Pausas entre tareas de tareas
Instalar. ladrillos	f.sico	dolor muscular.	Autocuidado

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner


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

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

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

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**	R R
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

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 EDT	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-08	
	INSPECCION DE TALADRO	PAGINA 1 DE 1	
		VERSION: 0.0	FEHA: 16/11/2024

CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Colegio San Benito	AREA DE TRABAJO:	Baño
FECHA: 09-12-25	SERIAL N°: GBH 2-26 DFR	MARCA	BOSCH.

ACTIVIDAD A REALIZAR:

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DEL INTERUPTOR DE ENCENDIO Y SU SEGURO	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM(8500 - 15000)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ESTADO DE LAS BROCAS	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Nombre del Operador:	Pablo		Pablo		Pablo		Pablo		Pablo		Pablo			
Nombre del SST:														

NOTA: *Esta lista se deberá entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.*

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FUERA DE SERVICIO SI___ NO X

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:34:01 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79534624**
Apellidos y Nombres: **CORTES BAUTISTA JORGE NORBERTO**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290408275

PIB
12:34:53

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) JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79534624:

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 12:42:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79534624
Código de Verificación	79534624260130124234

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 2.996.024

HUERFANO

APELLIDOS

PABLO ENRIQUE

NOMBRES

Pablo E Huerfano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1965

CHIPAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-SEP-1983 CHIPAQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00267292-M-0002996024-20101124 0024963890A 1 35165709

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO ENRIQUE HUERFANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **2996024,** se encuentra afiliado/a desde **28/04/1989** 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 30 de agosto de 2024.



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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

PABLO ENRIQUE HUERFANO identificado con **Cédula Ciudadanía 2996024** 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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS 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	Pablo Enrique Hurtado
Cargo	Encargado
Fecha	25/11/25

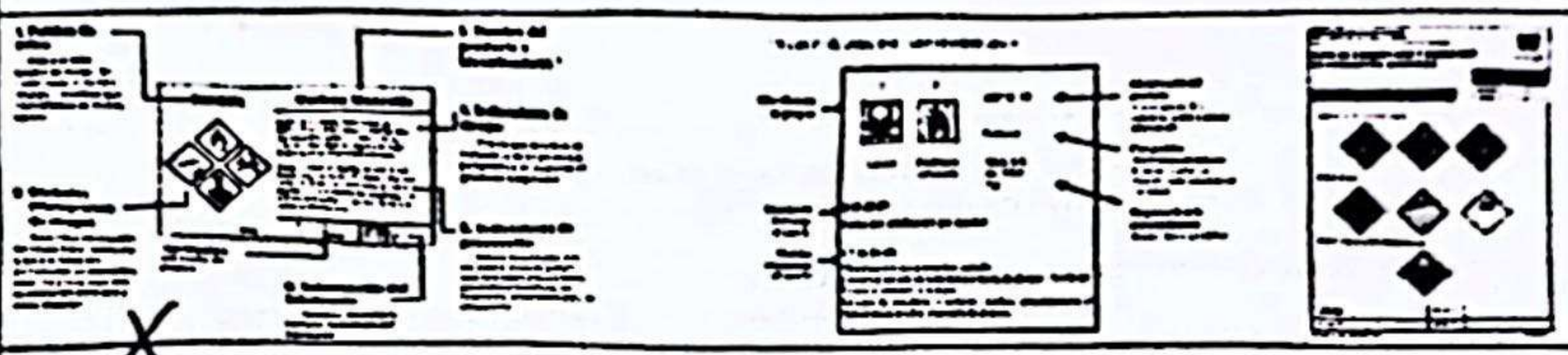
II. Preguntas

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. b) CONSORCIO OBRAS DOMO 2024 Se esfuerza en la protección de las personas de incidentes y enfermedades solo de origen común c) 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 b. Solo gerentes. c. 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. a. X Verdadero 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... a. X Verdadero b. Falso
5. ¿En su labor a que riesgos se encuentra expuesto? Marque con una X	a. X Físico b. X Químico c. X Condiciones de Seguridad d. X Biomecánico e. X Biológico f. 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 b. Procurar en todo momento el cuidado integral de su salud, su seguridad individual y la de sus compañeros. c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. d. Usar la dotación, epp, equipos de protección asignados por la empresa. e. X Todas las anteriores.
7. Describa un acto inseguro.	No usar epp
8. En su labor ¿qué Elementos de protección personal debe usar?	Casco, gafas, Pantalon, Botas
9. Describa con sus palabras. ¿qué debe hacer en caso de emergencia?	conservar la calma usar el epp

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO CDT	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 Blanco: Aprovechable Verde: Organico Roja: Peligroso
11. Indique el rotulado para productos químicos – SGA	 X
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, camillas
14. Indique los equipos de emergencia para el control de Derrames de Sustancias peligrosas.	Kit de derrames, Arena

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	Publio Hernandez	Firma del capacitador	

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner
Scanned with CamScanner

CONSORCIO 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	Pablo Herfano	CEDULA No.	2996029
CARGO	Encargado		

DOTACION ENTREGADA

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas	1	25/11/25	Pablo
2	Casco	1		Pablo H
3	Camibusa	1		Pablo H
4	Guantes	1		Pablo H
5	Gafas	1		Pablo H
6	Tapabocas	1		Pablo H
7	Tapa oidos	1		Pablo H

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Dayana Ospina	CEDULA No.	52964 [illegible]
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:

Pablo Herfano

CEDULA: [illegible]

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 12:38:11 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **2996024**
Apellidos y Nombres: **HUERFANO PABLO ENRIQUE**

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

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

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

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

DIJIN

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

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 12:39:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	2996024
Código de Verificación	2996024260130123951

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290408646

PIB
12:39:06

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) PABLO ENRIQUE HUERFANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 2996024:

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.