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: 01/12/25	LUGAR: San Bento
TEMA: Uso adecuado de EPPS	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Andres Huertano	Oficial	San Bento	
Pablo Huertano	Encargado	San Bento	
Jorge Carter	Oficial	San Bento	

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: 09-12-25	LUGAR: San Benito Sede A
TEMA: Uso adecuado de Herramientas	CAPACITADOR: Dayana ESPINEL

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Pablo Huertano	Encargado	San Benito	Pablo Huertano
Andres Huertano	Oficial	San Benito	EDWIN H.
Jorge Cortez.	Oficial	San Benito	

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO 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: Consorcio obras DT
Fecha de realización del Trabajo: 25/11/25	Fecha de Finalizacion del Trabajo: 29/11/25
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 7:00	Hora de Finalización (a.m./p.m.):
Descripción de la tarea a realizar: Demolicion de Baño	

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

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

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Andres Arteaga	
Jorge Cotes	
Pablo Arteaga	

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	✓	Demoledor
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 caida?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	N/A
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	EPPS, Botas, Guantes, casco
¿Cuántos trabajadores se requieren?	3
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	S
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N/A

Scanned with CamScanner

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

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Verificar Riesgo firma Permisos	fisico	Caidas. Golpes	Pausas Activas
Demolicion Pared	fisico	Golpes, Cortes	Autocuidado
			Autocuidado
Corte Ladrillo	fisico, Mecanico	Golpes, Cortaduras	Uso Obligatorio EPS
Ordenamiento	fisico	Caidas, Cortaduras	Uso Obligatorio EPS

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	San Benito Sede A	AREA DE TRABAJO:	Baño
FECHA: 02/12/25	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		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

CS Escaneado con CamScanner

FUERA DE SERVICIO SI___ NO___

Scanned with CamScanner

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: 04-12-25	SERIAL N: [illegible] DWE4579	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		Pablo		Pablo			
Nombre del HSE:	[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]		[signature]			

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

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

[illegible]	
VERSIÓN: 06	
REVISIÓN: 23/11/2024	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 01 | MES 12 | AÑO 2025 | HORA: 7:00 — **PERMISO VÁLIDO HASTA:** DÍA 06 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 5:00

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio DT — **Nº CONTRATO:**

ÁREA O LUGAR: Colegio San Benito sede A — **Nº PERSONAS EJECUTORAS:**

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelación de Baño

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Taladro Pulidora

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI ☐ 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?	✓		
¿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.
01-12-25	06-12-25	[illegible]	[illegible]
01-12-25	06-12-25		
01-12-25	06-12-25	[illegible]	Jorge Cortes B
			[illegible]
		C.C. 5296[illegible]	

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:

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

CÓDIGO: F-SST	
VERSIÓN: 00	
REVISIÓN: 7/11/2024	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 09 | MES 12 | AÑO 25 | HORA: 3:00

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 18 | MES 05 | AÑO 25 | HORA: 5:00

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio D T

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Colegio San Beato

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 pueden 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 buenes 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?			

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? —

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.
05-12-25	09-12-25 – 13-01-25	Dahana Esparza	Jorge Cortes
			Edwin H
			Pablo E Huertas

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 quede 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:

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS CIVILES ATIVAS 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.	79534624.
CARGO	Otrica		

DOTACION ENTREGADA

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

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Oriana Espino	CEDULA No.	52964721
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:

Escaneado con 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 Herrera	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.	52964241
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 Herrera

CEDULA No: 2996029

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO CDT	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	Camibuso	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	Dayana Espitia	CEDULA No.	52964203
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

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

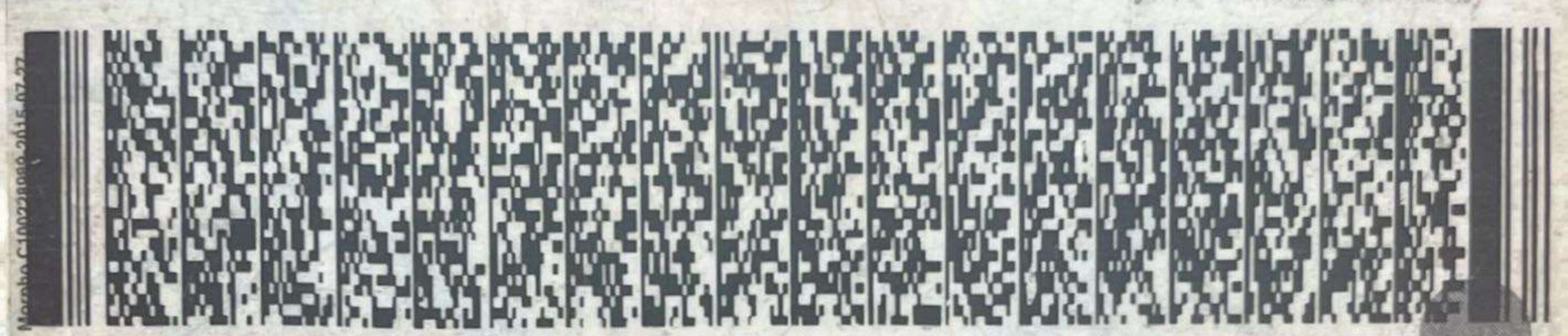
FECHA EXP. LIC. TTO.
13/10/2015

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.



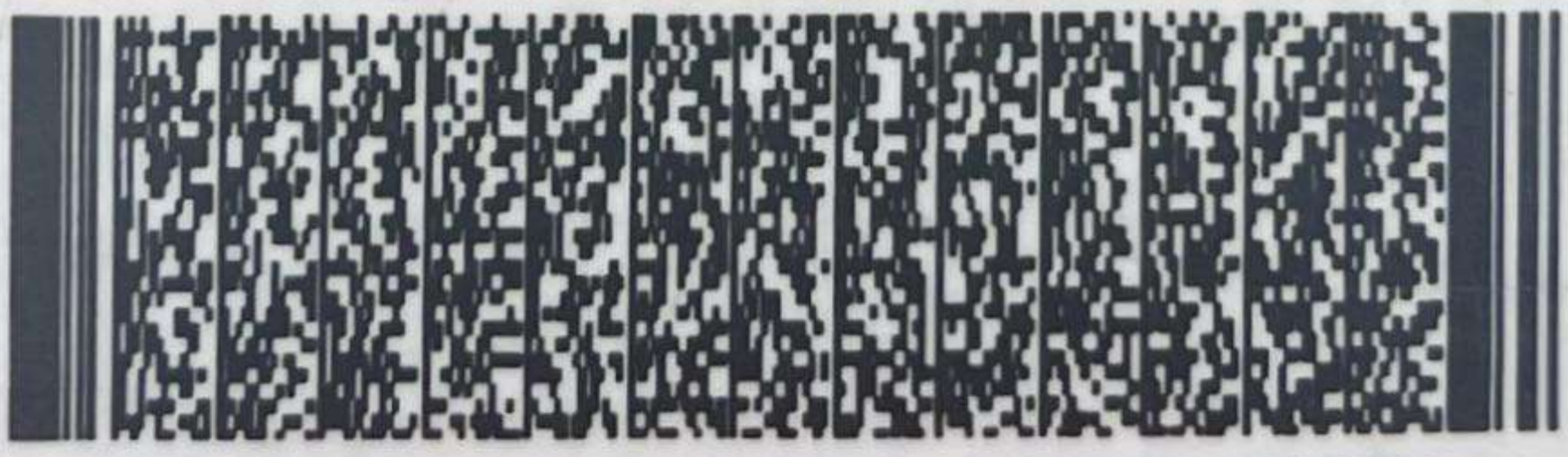


LT01006118634

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

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 1018513577		VERGARA ALFONSO NICOLAS SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 A 8 27 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1901792589	9494056681	I	2025/11/21	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$405,800

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	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1018513577	VERGARA NICOLAS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total	**Afiliados(1)**																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$405,800

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 1018513577		VERGARA ALFONSO NICOLAS SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 A 8 27 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1901792589	9494056681	I	2025/11/21	2025/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900749719	7	GRUPO TITANIUM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 55 # 152B 68 OFICINA1303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7552815	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1915972370	9494552016	E	2025/11/07	2025/11/10	BANCO DE OCCIDENTE	3	$6,207,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (12 Afiliados)																							**$25,330,165**	**$4,053,500**			**$25,330,165**	**$1,013,900**			**$22,881,557**	**$915,800**			**$25,330,165**		**$211,700**		**$0**	**$0**		**$6,194,900**
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (11 Afiliados)																							**$23,906,665**	**$3,825,700**			**$23,906,665**	**$956,900**			**$21,458,057**	**$858,800**			**$23,906,665**		**$112,600**		**$0**	**$0**		**$5,754,000**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (11 Afiliados)																							**$23,906,665**	**$3,825,700**			**$23,906,665**	**$956,900**			**$21,458,057**	**$858,800**			**$23,906,665**		**$112,600**		**$0**	**$0**		**$5,754,000**
1	CC	15922827	BUENO JOSE																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
2	CC	1024559461	CARDENAS KAREN											X	X						230901	30	$1,615,274	$258,500	EPS005	30	$1,615,274	$64,700	CCF24	0	$0	$0	14-23	30	$1,615,274	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$323,200
3	CC	56077115	ESCOBAR SILENA																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
4	CC	79710519	MONTOYA JOSE																		25-14	30	$2,452,225	$392,400	EPS008	30	$2,452,225	$98,100	CCF24	30	$2,452,225	$98,100	14-23	30	$2,452,225	0.522%	$12,900	30	$0	$0	Si	$601,500
5	CC	1033801662	PINEDA JULIAN																		230301	30	$2,632,555	$421,300	EPS001	30	$2,632,555	$105,400	CCF24	30	$2,632,555	$105,400	14-23	30	$2,632,555	0.522%	$13,800	30	$0	$0	Si	$645,900
6	CC	1072717848	RAYO BRAYAN																		230301	20	$1,666,667	$266,700	EPS005	20	$1,666,667	$66,700	CCF24	20	$1,666,667	$66,700	14-23	20	$1,666,667	0.522%	$8,700	20	$0	$0	Si	$408,800
7	CC	1072717848	RAYO BRAYAN												X						230301	10	$833,334	$133,400	EPS005	10	$833,334	$33,400	CCF24	0	$0	$0	14-23	10	$833,334	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$166,800
8	CC	1010144089	RAYO MARIA																		25-14	30	$1,752,000	$280,400	EPS005	30	$1,752,000	$70,100	CCF24	30	$1,752,000	$70,100	14-23	30	$1,752,000	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,800
9	CC	1070012543	SAAVEDRA NELSON																		230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS017	30	$3,200,000	$128,000	CCF24	30	$3,200,000	$128,000	14-23	30	$3,200,000	0.522%	$16,800	30	$0	$0	Si	$784,800
10	CC	1018444431	SILVA YENNY																		230301	30	$2,632,555	$421,300	EPS008	30	$2,632,555	$105,400	CCF24	30	$2,632,555	$105,400	14-23	30	$2,632,555	0.522%	$13,800	30	$0	$0	Si	$645,900
11	CC	66739142	TRUJILLO CLAUDIA																		230301	30	$2,632,555	$421,300	EPS008	30	$2,632,555	$105,400	CCF24	30	$2,632,555	$105,400	14-23	30	$2,632,555	0.522%	$13,800	30	$0	$0	Si	$645,900
12	CC	1006503925	VARGAS JUAN																		25-14	30	$1,642,500	$262,800	EPS002	30	$1,642,500	$65,700	CCF24	30	$1,642,500	$65,700	14-23	30	$1,642,500	0.522%	$8,600	30	$0	$0	Si	$402,800
Centro de Trabajo: RIESGO5 (1 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**		**$99,100**		**$0**	**$0**		**$440,900**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**	**$57,000**			**$1,423,500**		**$99,100**		**$0**	**$0**		**$440,900**
13	CC	1019007501	SALAZAR CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total			**Afiliados(12)**																				$25,330,165	$4,053,500			$25,330,165	$1,013,900			$22,881,557	$915,800			$25,330,165		$211,700		$0	$0		$6,194,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900749719	7	GRUPO TITANIUM SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 55 # 152B 68 OFICINA1303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7552815	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1915972370	9494552016	E	2025/11/07	2025/11/10	BANCO DE OCCIDENTE	3	$6,207,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				12	$4,053,500	$7,800	$0	$4,061,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$935,600	$1,800	$0	$937,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$2,631,600	$5,000	$0	$2,636,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$500	$0	$228,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$258,500	$500	$0	$259,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$211,700	$400	$0	$212,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	12	$211,700	$400	$0	$212,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$915,800	$1,800	$0	$917,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	$915,800	$1,800	$0	$917,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				12	$1,013,900	$2,200	$0	$1,016,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$105,400	$200	$0	$105,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$365,900	$700	$0	$366,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$200	$0	$57,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$128,000	$300	$0	$128,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$122,700	$300	$0	$123,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$234,900	$500	$0	$235,400
TOTAL				**12**	**$6,194,900**	**$12,200**	**$0**	**$6,207,100**

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**NUEVO MUZÚ**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	1,110,454,803	EDINSON ALBEIRO	TORRES SALCEDO	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	PROTECCION	9/12/2025			
2	1,106,738,994	ARGEMIRO	RAMOS ACERO	AYUDANTE	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	9/12/2025			

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARGEMIRO RAMOS ACERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1106738994,** se encuentra afiliado/a desde **24/08/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.106.738.994

RAMOS.ACERO

APELLIDOS

ARGEMIRO

NOMBRES



ARGEMIRO RAMOS ACERO

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

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

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

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

Powered by CamScanner

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

Información General

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

Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

Firma del trabajador: ARGEMIRO RAMOS ACERO
CC 1106738994

12107310

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 9325

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

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

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

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

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

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

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

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

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

IX. FIRMAS

Argemiro R.

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

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

Total:

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

Total Anexos:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

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

número 1106738994 de SOACHA, certifico que:

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

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

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

Cordialmente, Argemiro R.

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

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

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

Autorizaciones

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

Aviso de privacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

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

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

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

Cordialmente,

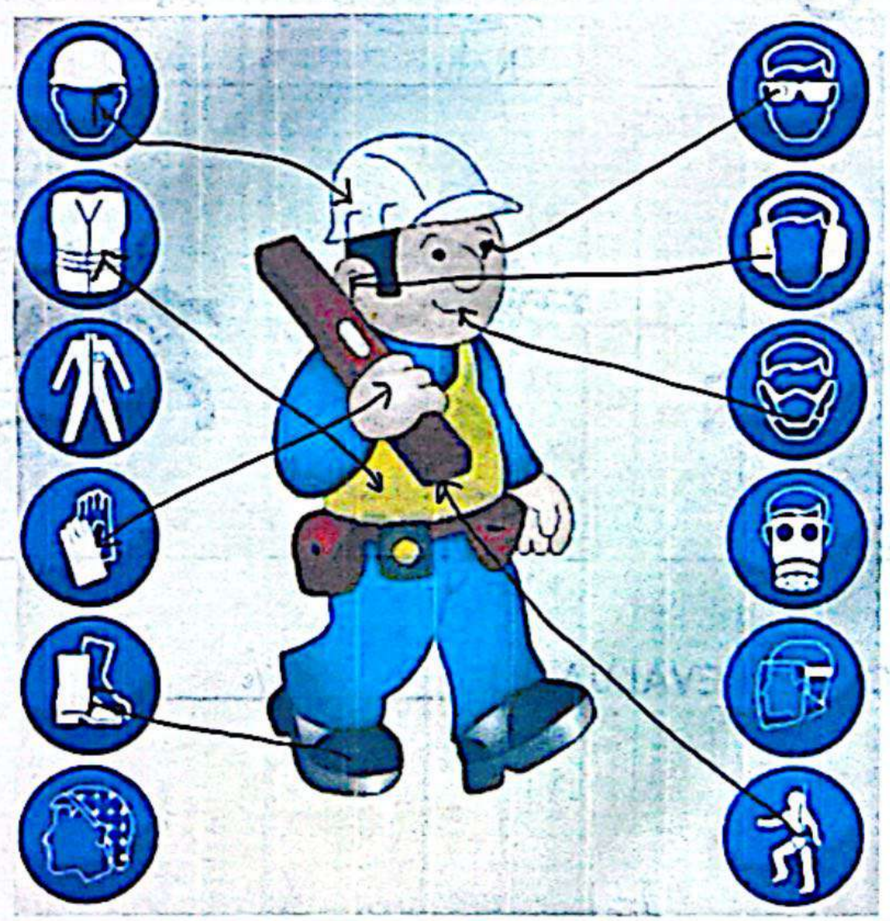
GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

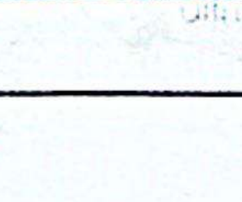
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	**Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

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



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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

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

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

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

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



Acto



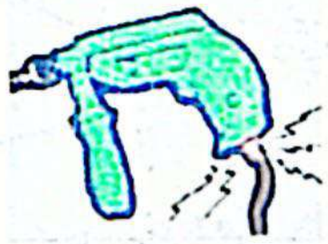
Acto



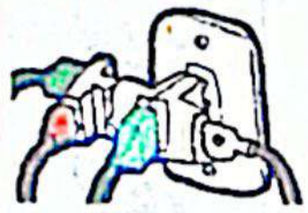
Acto



Acto



Condición



Acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%

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

Escaneado con CamScanner

EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO



CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

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

COMPROMISO

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

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

ARGEMIRO R.

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

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

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290405620

PIB
12:08:27

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES SALCEDO EDINSON ALBEIRO** identificado(a) con **CC** número **1.110.454.803** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de octubre de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

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

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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
TORRES	SALCEDO	EDINSON	ALBEIRO

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

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1110454803

11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

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

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia

17. COMUNIDAD INDÍGENA:

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔]

CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A

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

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:

NIVEL:

GRUPO:

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:

22. ARL:

23. AFP:

24. IBC: $ 1.423.500

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:

26. RESIDENCIA:

TELÉFONO CELULAR: 3132572365

TELÉFONO FIJO:

DIRECCIÓN: TR 10 # 78 - 85

COMPLEMENTO DIRECCIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA

LOCALIDAD/COMUNA:

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

IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

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

32. NACIONALIDAD:

33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS; DEPARTAMENTO; MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO: DÍA; MES; AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

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

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

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

55. Nombre o razón social: GROUP INTEGRAL PRO SAS

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

57. Número del documento de identificación: 901407518

CELULAR: 3183835628

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

59. Dirección: CL 122 # 07 - 91

sergioalvarez@contablesolutions.com

DEPARTAMENTO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1110454803

62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]

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

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

65. EPS ANTERIOR:

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

67. MOTIVO DE TRASLADO Código:

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
    b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

EDINSON TORRES

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

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

Total 0

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

Total Anexos 0

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

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

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Número del documento de identidad:

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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:
Edinson Albeiro Torres Salcedo	C.C.	1.110.454.803	Maestro	Nuevo Muzú

COMPROMISO

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

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

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

OBSERVACIONES

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

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

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

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

Información General

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

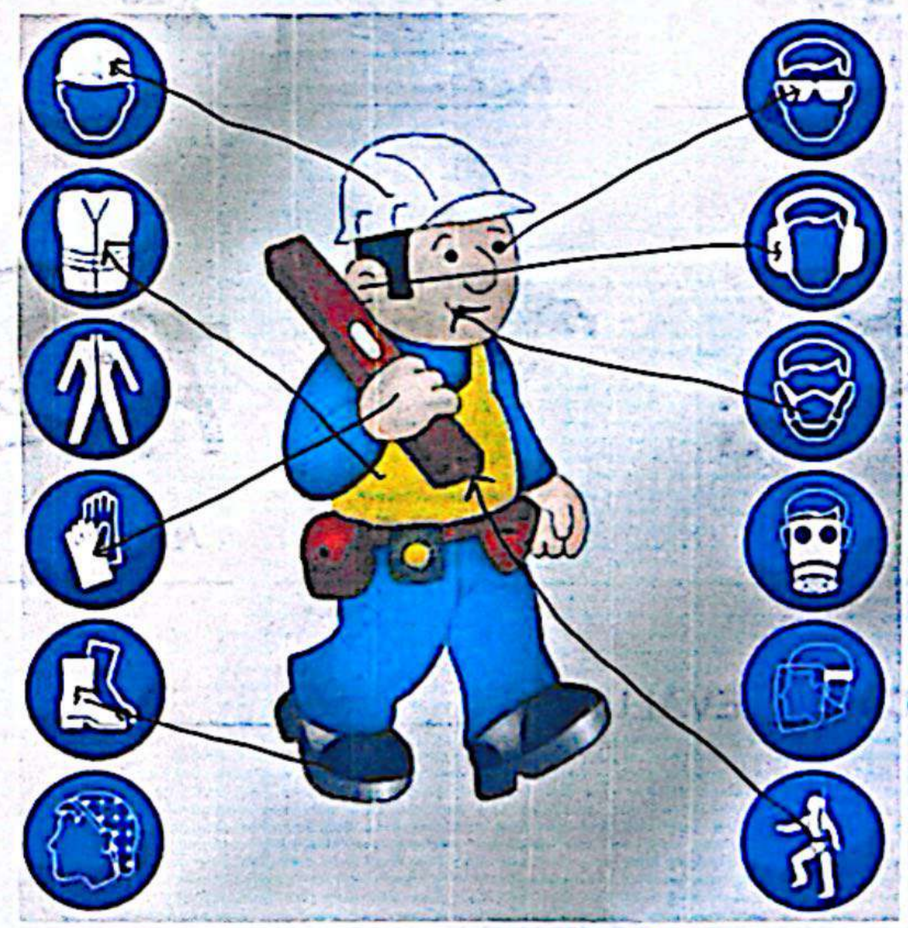
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: EDINSON ALBEIRO TORRES SALCEDO
CC 1110454803

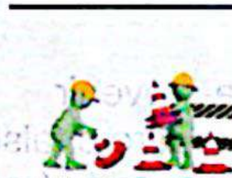
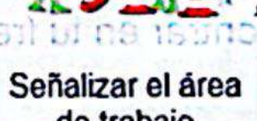
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	**Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

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



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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

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

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

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

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



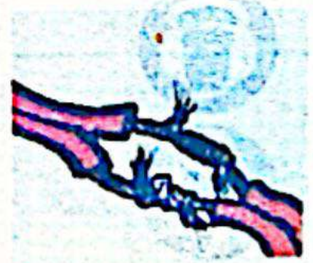
Acto



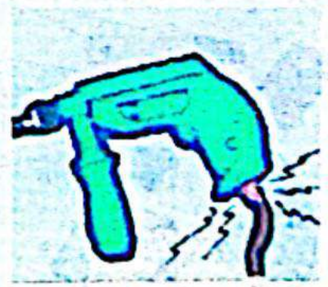
Acto



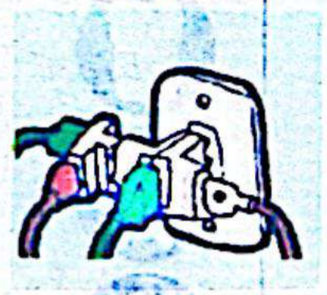
Acto



Acto



condición



Acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1110454803

Escaneado con CamScanner

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

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

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

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

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

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

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

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

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290406929

PIB
12:21:24

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

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

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

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

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

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

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

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

1.4 Contratista: Group Integral PNJ

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

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

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

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

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

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

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar

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

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

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

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

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

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Inserción	☒		
Tipo copa			

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

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

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

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

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

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

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

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

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

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

SECCION 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

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

SECCION 10- CIERRE

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

CONSORCIO EDT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA : 09 de Diciembre de 2025

HORA: 9.07 am

FRENTE DE OBRA: Nuevo Muzú

CONTRATISTA: Group Integral Pro

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

Scanned with CamScanner

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

FECHA : _____

HORA: _____

FRENTE DE OBRA: _____

CONTRATISTA: _____

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

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

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

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

COMPROMISO

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

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	**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:
Edinson Albeiro Torres Salcedo	C.C.	1.110.454.803	Maestro	Nuevo Muzú

COMPROMISO

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

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

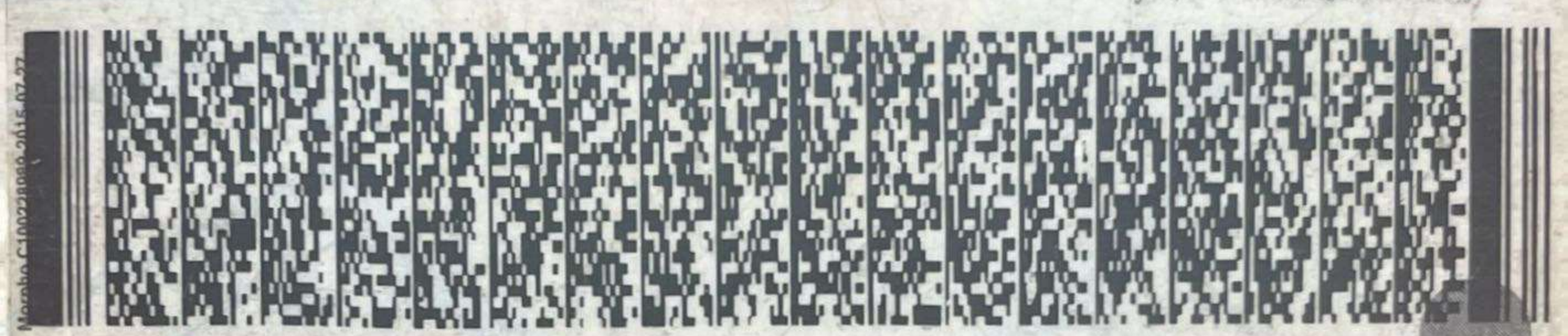
FECHA EXP. LIC. TTO.
13/10/2015

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.



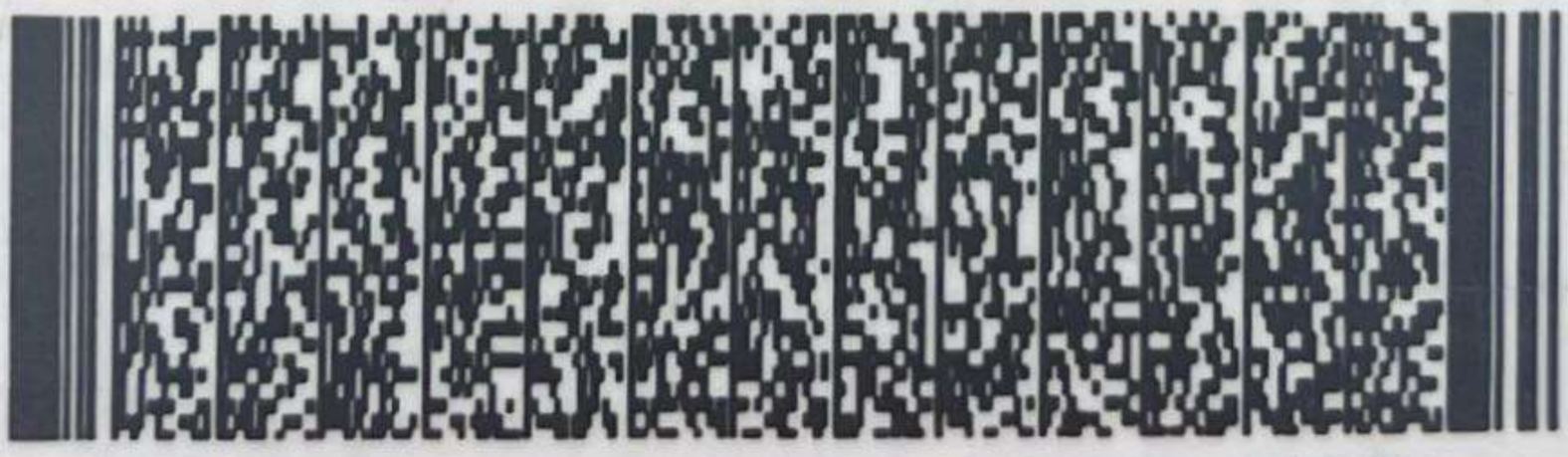


LT01006118634

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	**NUEVO MUZÚ**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	1,110,454,803	EDINSON ALBEIRO	TORRES SALCEDO	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	PROTECCION	9/12/2025			N/A
2	1,106,738,994	ARGEMIRO	RAMOS ACERO	AYUDANTE	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	9/12/2025			N/A
3	1,032,386,686	MARCOS ADALBER	GALVIS CARDOZO	OFICIAL		POSITIVA	COLPENSIONES	07/01/2026			N/A

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:25:14 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032386686**
Apellidos y Nombres: **GALVIS CARDOZO MARCOS ADALBER**

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.386.686
GALVIS CARDOZO
APELLIDOS
MARCOS ADALBER
NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1987
AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

29-ABR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Escaneado con CamScanner

A-1500150-01140116-M-1032386686-20200809 00708 11065A 2 9912245855

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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:
Marcos Adalber Galvis Cardozo	C.C.	1.032.386.686	oficial	Nuevo Muzú

COMPROMISO

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

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, botas, gafas, tapa bocas	1	07/01/2026	MARCOS A GALVIS
2	co			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

EPS Sanitas

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

200811804

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

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

3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado

7. Código: (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GALVIS	CARDOZO	MARCOS	ADALBER

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C.C	1032386686	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COL

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
COLOMBIA	CESAR	AGUSTIN CODAZZI	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		2.000.000	

26. Residencia Dirección: CRA 9 5B 5GH 5GSUR — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3009782745 — Correo Electrónico: MARCOSJ9@MAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA	BOGOTA		Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

A. AFILIACIÓN

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

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)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

AFC

200811804

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4	KENNEDY	
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
GROUP INTEGRAL SAS	NIT	901407518	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
COOMEVA	07/01/2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
MARCOS CARDOZO	JAIR ALVAREZ

X. ANEXOS

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

ESP SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACION
POR LA EPS
Recibido por MARCOS
Fecha 19-01-2026 Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

NIT: 900665317-8
ASOMGER

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

MARCOS CARDOZO, declaro que he sido informado sobre que la
ad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de
ción en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos
onales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

ndo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e ívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de ridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las dades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de rvicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, ferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos nales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, ñía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda der a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por to me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el nido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por o de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

sente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

: MARCOS CARDOZO

re: MARCOS CARDOZO

ficación: 1032386686

: 19-01-2026

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado MARCOS CARDOZO

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI NO

MARCOS CARDOZO
Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1032386686

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.386.686
GALVIS CARDOZO
APELLIDOS
MARCOS ADALBER
NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1987
AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

29-ABR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Escaneado con CamScanner

A-1500150-01140116-M-1032386686-20200809 00708 11065A 2 9912245855

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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:
Marcos Adalber Galvis Cardozo	C.C.	1.032.386.686	oficial	Nuevo Muzú

COMPROMISO

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

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, botas, gafas, tapa bocas	1	07/01/2026	MARCOS A GALVIS
2	co			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS 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:
Argemiro Ramos Acero	C.C.	1.106.738.994	Ayudante	Nuevo Mundo

COMPROMISO

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, botas, gafas, tapa bocas	1	09/12/2025	ARGEMIRO RAMOS A.
2	Gafas, tapa bocas	1	13/12/2025	ARGEMIRO RAMOS A.
3	Tapa bocas	1	23/12/2025	ARGEMIRO RAMOS A.
4	Gafas, tapa bocas	1	07/01/2026	ARGEMIRO RAMOS A.
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Edinson Albeiro Torres Salcedo	C.C.	1.110.459.803	Maestro	Nuevo Muzú

COMPROMISO

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, botas, gafas, tapa bocas	1	09/12/2025	
2	Gafas, tapa bocas	1	13/12/2025	
3	Tapa bocas	1	23/12/2025	
4	Gafas, tapa bocas	1	07/01/2026	
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARCOS ADALBER GALVIS CARDOZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032386686,** se encuentra afiliado/a desde **26/06/2013** 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 06 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Nombre: Marcos Adalber Galvis Cardozo	**Cedula:** 1.032.386.686
Fecha: 07 de enero de 2026	**Cargo:** oficial

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



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

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

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

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

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

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

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

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



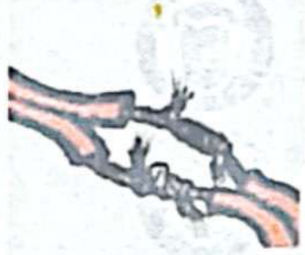
Acto



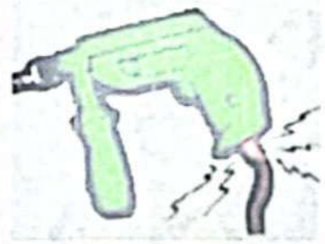
Acto



Acto



Acto



condición



Acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%

MARCOS AGALIZ
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1073866686

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

MARCOS ADALBER GALVIS CARDOZO identificado con **Cédula Ciudadanía 1032386686** 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	2026/01/07
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 2026/01/6.

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 CIVILES ACTIVAS EDT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	INSPECCION LOCATIVA

Fecha de inspección: 05 de enero de 2026	**Hora:**	7:54 a.m.	**Proyecto:**	Nuevo Muzú

Inspección realizada por: Paula Sanchez

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.			X	
1.3	Hay buena ventilación en el área.	X			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	X			
1.6	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).			X	
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).			X	
2.5	*Techos en buen estado (Sin goteras).*	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.			X	
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.		X		
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.			X	
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.			X	
3.8	Existe señalización de peligros.	X			
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.8	*Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).*	X			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
7	ORDEN Y ASEO				
7,1	El área se encuentra organizada.	X			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.			X	
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	SANEAMIENTO BASICO				
8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	X			

Scanned with CamScanner

8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.			X	
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	V			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X			
9	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
9,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
9,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	X			
9,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
9,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
9,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	X			

OBSERVACIONES

Firma responsable Inspección

Scanned with CamScanner