capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad — [x] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Rivera	Cardenas	Edgar	Antonio

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	79 822 749	Femenino [ ] Masculino [x]	08/11/1975	06/01/2026

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
Edgar Antonio Rivera C.	Jair Leandro Alvarez D.

IX. ANEXOS

- [x] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:36:52 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79822749**
Apellidos y Nombres: **MORERA CARDENAS EDGAR ANTONIO**

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGAR ANTONIO MORERA CARDENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79822749,** se encuentra afiliado/a desde **11/04/1996** 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 05 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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

EDGAR ANTONIO MORENO CARDENAS identificado con **Cédula Ciudadanía 79822749** 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	2026/01/06
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 2026/01/5.

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	**146704**	**Fecha Impresión**	2026-01-24
Fecha Ingreso	2026-01-23 10:25:40	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	EDGAR ANTONIO MORERA CARDENAS	**CC**	79822749
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1975-11-08
Edad	49 años	**Dirección**	
Teléfono	0	**Estado Civil**	Union Libre
N° Hijos	3		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-01-23 16:36:28	**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	CAQUETÁ		

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 Trabajador

USO DE RX VISUAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

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

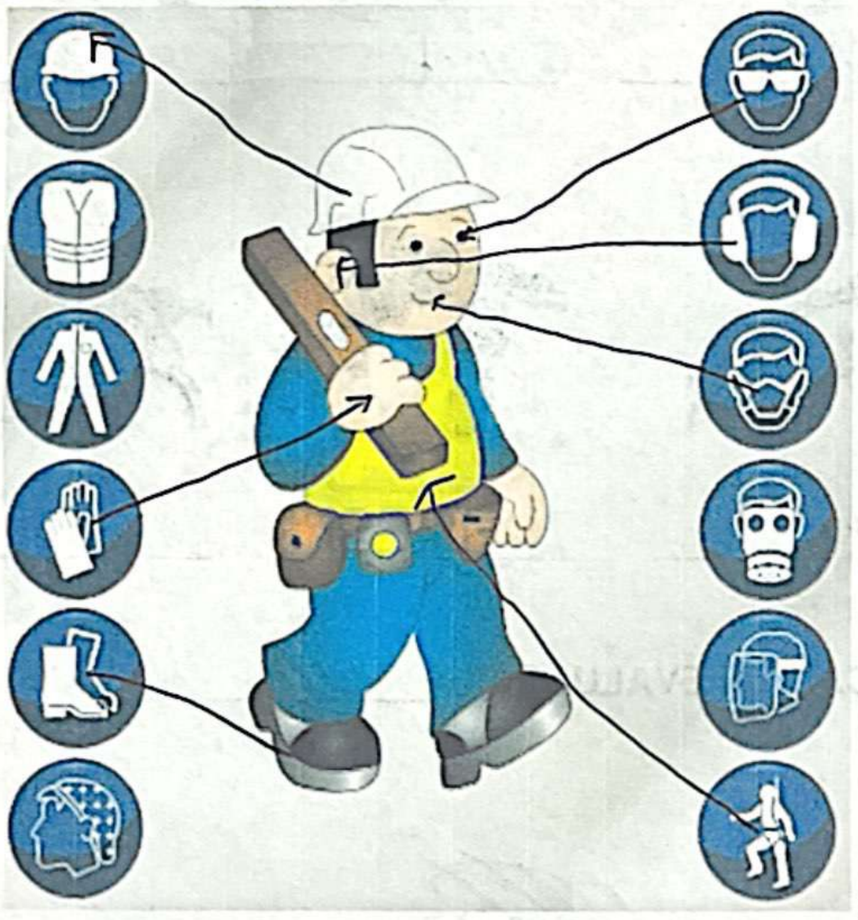
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: EDGAR ANTONIO MORERA CARDENAS
CC 79822749

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: Nelsar Ramirez	**Cedula:** 79.977.653
Fecha: 15 de enero de 2026	**Cargo:** Ayudante

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

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
   X. 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
   X. 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
   - Biomecanico
7. ¿Cuál es el color de la señal de advertencia que indica peligro?

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

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



actos



actos



actos



actos



condiciones



actos

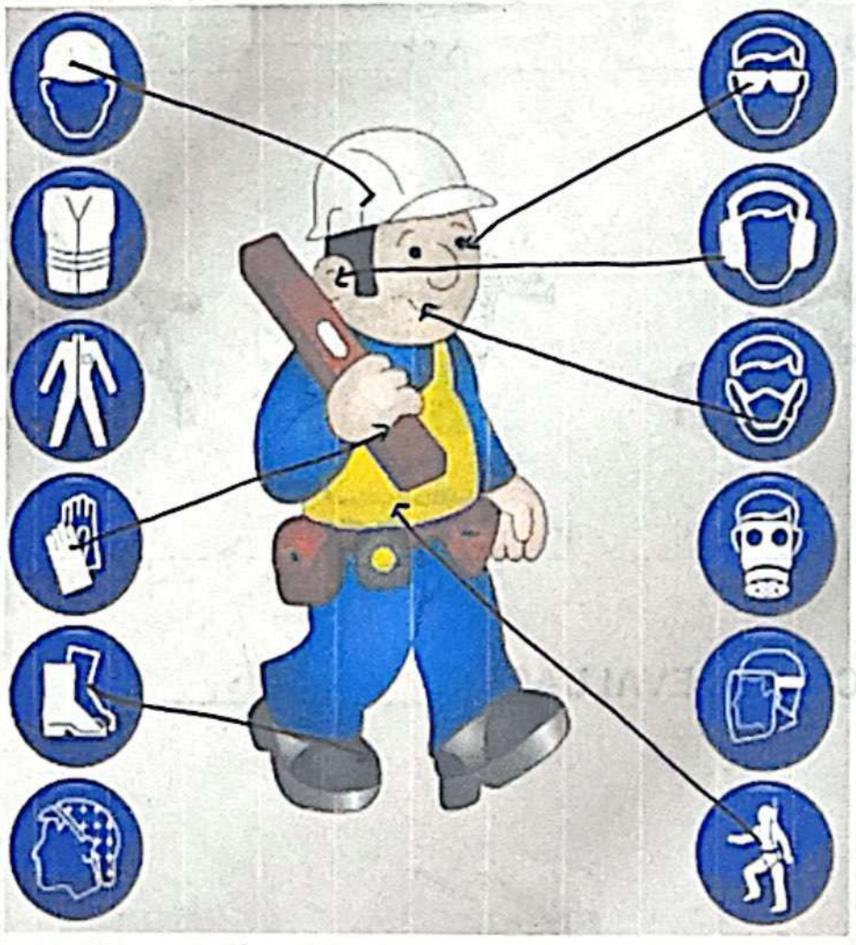
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 79977653

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: Edgar antonio moreno FG822748	**Cedula:** 79.822.749
Fecha: 06/01/2026	**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



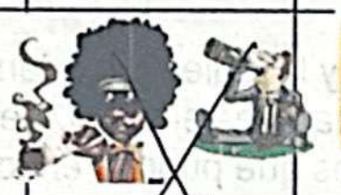
Asistir a las capacitaciones de salud ocupacional



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 reñirse 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 (V)
6. Menciona dos riesgos que puedas encontrar en tu frente de obra
   - Ruido
   - Biomecanico
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: 1782749

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:
Edgar Antonio Morera	C.C.	79.822.749	oficial	Villa nica

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, gafas, guantes	1	06/01/2025	
2				
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	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombres y Apellidos: Edgar Antonio Maeng **Fecha:** 06/01/2026

Área: Villa rica **Cargo a desempeñar:** oficial

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

Scanned with CamScanner

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

Nombres y Apellidos: Nelson Ramirez **Fecha:** 15/01/2026

Área: Villa rica **Cargo a desempeñar:** _____

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.

74477653

Firma trabajador

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290413609

PIB
13:41:17

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) EDGAR ANTONIO MORERA CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79822749:

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 13:39:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79822749
Código de Verificación	79822749260130133902

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.977.653**

RAMIREZ CHIGUAZUQUE

APELLIDOS

NELSON LEONARDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1977**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-NOV-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00707284-M-0079977653-20150522 **00442**45163A 2 1513395443

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

NELSON LEONARDO RAMIREZ CHIGUAZUQUE identificado con **Cédula Ciudadanía 79977653** 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	2026/01/15
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5711001
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/15.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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	**146718**	**Fecha Impresión**	2026-01-24
Fecha Ingreso	2026-01-23 11:00:02	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	NELSON LEONARDO RAMIREZ CHIGUAZUQUE	**CC**	79977653
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1977-12-14
Edad	48 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
N° Hijos	0		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-01-23 16:48:16	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	ASMET SALUD	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	SSS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	CUNDINAMARCA		

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE RX VISUAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

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: NELSON LEONARDO RAMIREZ CHIGUAZUQUE
CC 79977653

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CEDT

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:
Nelson Ramirez	C.C.	79.977.653	Ayudante	Villa rica

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, gafas, guantes	1	15/01/2026	
2				
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

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 13:44:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79977653
Código de Verificación	799776532601301344 32

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa rica					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Uso obligatorio y adecuado de protección auditiva					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÓN:	5 min	
FECHA:	07 de enero de 2026		LUGAR:	Cancha deportiva		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edgar Antonio Moreno	79822749	
2.	Nelson Ramirez	79977653	

CONSORCIO EDT OBRAS CIVILES

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa rica					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Riesgo eléctrico					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula sanchez			DURACIÒN:	5 min	
FECHA:	09 de enero de 2026		LUGAR:	Cancha deportiva		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edgar Antonio Morera	79.822.749	
2.	Nelson Ramirez	79.977.653	

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa rica						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Manipulación manual de cargas						
TIPO DE ACTIVIDAD		**CHARLA DE SEGURIDAD**	X	**CAPACITACIÓN**		**SOCIALIZACIÓN**	
CAPACITADOR:	Paula sanchez			**DURACIÒN:**	5 min		
FECHA:	14 de enero de 2026	**LUGAR:**	Cancha deportiva				

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edgar Antonio Morera	79.822.749	
2.	Nelson Ramirez	79.977.653	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

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: 07 | 01 | 2026 Hora: 7:00am Hasta: 10 | 01 | 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: villa rica - cancha

1.4 Contratista: Group Integral Pro

1.5 Descripción de la actividad a realizar: picado de placa- cancha deportiva

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	

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. Picado de placa cancha deportiva	BIOLÓGICO	☐ Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	☐ Infecciones respiratorias, gastrointestinales y cutáneas; enfermedades contagiosas, incapacidad temporal.	☐ Protocolos de bioseguridad, higiene de manos, limpieza y desinfección, ventilación adecuada, restricción de personal sintomático y uso de EPP
		☐ Inhalación de virus.	☐ Infecciones respiratorias, enfermedades contagiosas, incapacidad temporal y complicaciones respiratorias.	☐ Ventilación adecuada, protocolos de bioseguridad, distanciamiento cuando aplique, higiene de manos y uso de tapabocas o protección respiratoria
2. orden y aseo	FÍSICOS	☒ Ruido	☒ Pérdida auditiva progresiva, fatiga, estrés, disminución de la concentración, cefaleas, alteraciones del sueño y accidentes por falta de percepción de señales de alerta	☒ Control del ruido en la fuente y el medio, mantenimiento de equipos, señalización de áreas ruidosas, limitación del tiempo de exposición, capacitación al trabajador y uso obligatorio de protección auditiva (tapones y orejeras)
		☐ Iluminación inadecuada	☐ Fatiga visual, dolores de cabeza, disminución de la concentración, errores operativos, posturas forzadas y aumento del riesgo de accidentes	☐ Adecuada distribución y nivel de iluminación, mantenimiento de luminarias, control de deslumbramientos y sombras, uso de iluminación artificial complementaria, pausas visuales y capacitación al trabajador
		☐ Temperaturas extremas y humedad	☐ Golpe de calor, deshidratación, fatiga, estrés térmico, quemaduras, hipotermia, disminución del rendimiento y aumento del riesgo de accidentes	☐ Control de la exposición al calor o frío, ventilación o abrigo adecuado, pausas activas, hidratación permanente, adecuación de horarios, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☐ Radiación no ionizante (UV)	☐ Irritación ocular y cutánea, fatiga visual, cefaleas, quemaduras leves, alteraciones en la visión y molestias generales	☐ Control de la fuente de radiación, señalización de áreas expuestas, limitación del tiempo de exposición, mantenimiento de equipos, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según aplique
		☒ Vibraciones	☒ Trastornos musculoesqueléticos, lesiones osteoarticulares, entumecimiento de extremidades, fatiga, alteraciones circulatorias y disminución del control de herramientas	☒ Mantenimiento de equipos, control de la exposición, adecuación de herramientas, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	QUÍMICO	☒ Polvos orgánicos, inorgánicos, fibras, líquidos (nieblas y rocíos)	☒ Irritación de vías respiratorias, ojos y piel, alergias, enfermedades respiratorias, intoxicaciones, disminución de la capacidad pulmonar y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
		☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Irritación y daño de las vías respiratorias, intoxicaciones agudas o crónicas, mareos, cefaleas, dificultad respiratoria, enfermedades pulmonares y pérdida de la capacidad laboral	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, sustitución de sustancias cuando sea posible, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria según el riesgo
		☒ Inhalación de material particulado.	☒ Irritación de vías resporatorias, tos, alergias, enfermedades pulmonares, disminución de la capacidad respiratoria, fatiga y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
	PSICOSOCIAL	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés laboral, fatiga mental, ansiedad, disminución del rendimiento, conflictos laborales, errores operativos y afectaciones a la salud mental	☒ Organización adecuada del trabajo, definición clara de funciones, pausas activas, comunicación efectiva, capacitación, acompañamiento psicosocial y promoción de un ambiente laboral saludable
	BIOMECÁNICO	☒ Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	☒ Dolores musculares y articulares, trastornos musculoesqueléticos, fatiga física, lesiones osteomusculares, disminución del rendimiento y ausentismo laboral	☒ Alternancia de posturas, pausas activas, adecuación de herramientas, capacitación al trabajador
		☐ Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados	☐ Lesiones musculoesqueléticas, lumbalgias, hernias, fatiga física, golpes y aumento del riesgo de accidentes	☐ Evaluación del peso y la tarea, uso de ayudas mecánicas, técnicas adecuadas de manipulación, trabajo en equipo, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal cuando aplique
		☒ Movimiento repetitivo	☒ Trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, fatiga muscular, dolor crónico y disminución del rendimiento laboral	☒ Rotación de tareas, pausas activas, adecuación de herramientas, organización del trabajo, capacitación al trabajador y seguimiento a las condiciones del puesto
	MECÁNICO	☒ Mecánico: golpes, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	☒ Golpes, cortaduras, amputacines, quemaduras, lesiones oculares, atrapamientos, facturas y accidentes graves	☒ Protecciones en equipos y herramientas, orden y aseo, señalización de áreas de riesgo, procedimientos seguros de trabajo, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según la tarea
		☐ Eléctrico	☐ Choque eléctrico, quemaduras, electrocución, incendios, lesiones graves y muerte	☐ Aislamiento y señalización de instalaciones eléctricas, mantenimiento preventivo, uso de herramientas y equipos certificados, procedimientos seguros de trabajo, bloqueo y etiquetado cuando aplique, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☒ Locativo	☒ Caídas al mismo o diferente nivel, golpes, contusiones, torceduras, fracturas, atrapamientos y accidentes graves	☒ Adecuado almacenamiento de materiales, orden y aseo permanente, señalización de áreas y desniveles, mantenimiento de superficies de trabajo, control de objetos en altura, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal

Scanned with CamScanner

CONDICIONES DE SEGURIDAD	☒	Público (robos, atracos, asaltos, atentados, alteraciones de orden público)	☒ Lesiones físicas, afectaciones psicológicas, estrés, amenazas a la integridad personal, pérdidas materiales y accidentes graves	☒ Control de accesos, protocolos de seguridad, comunicación efectiva, reporte oportuno de situaciones de riesgo, coordinación con autoridades cuando aplique, capacitación al trabajador y medidas de autoprotección
	☐	Trabajo en alturas	☐ Caídas a diferente nivel, golpes contra estructuras,fracturas, traumatismos severos, lesiones incapacitantes permanentes y muerte	☐ Planeación de la tarea, identificación y señalización del área de trabajo, uso de sistemas de acceso seguro (andamios, escaleras), instalación de protecciones colectivas, inspección previa de equipo, uso obligatorio de sistemas de protección contra caídas certificados (arnés, líneas de vida, puntos de anclaje), capacitación y certificación del trabajador, supervisión permanente y aplicación de procedimientos de trabajo
	☐	Espacios confinados	☐ Asfixia, intoxicación, pérdida de la conciencia, atrapamiento, lesiones graves, accidentes fatales y muerte	☐ Identificación y señalización del espacio confinado, control de acceso, ventilación adecuada, permisos de trabajo, monitoreo continuo, capacitación del personal, supervisión permanente, plan de rescate y uso de elementos de protección personal
	☐	Trabajo en caliente	☐ Quemaduras, incendios, explosiones, lesiones oculares, inhalación de humos, daños materiales y accidentes graves o fatales	☐ Permiso de trabajo en caliente, control y retiro de materiales combustibles, ventilación adecuada, señalización del área, inspección previa de equipos, capacitación del personal, supervisión permanente y uso de elementos de protección personal
AMBIENTAL	☒	Generación de residuos de construcción (RCD)	☒ Contaminación del suelo y agua, proliferación de vectores, impactos paisajísticos y sanciones ambientales	☒ Separación y clasificación de RCD, almacenamiento temporal adecuado, señalización, transporte y disposición en sitios autorizados y capacitación al trabajador
FENÓMENOS NATURALES	☒	Fenómenos naturales (sismo, terremoto, inundación, precipitaciones: lluvias, granizadas, heladas)	☒ Lesiones físicas, atrapamientos, caídas, daños estructurales, interrupción de actividades, pérdidas materiales y afectación a la integridad de los trabajadores	☒ Identificación de zonas seguras, señalización de rutas de evacuación y puntos de encuentro, suspensión de labores en condiciones climáticas adversas, aseguramiento de materiales y estructuras, capacitación en planes de emergencia, simulacros y seguimiento a alertas meteorológicas

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 - SEÑALIZACIÓN 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			
Ropa de trabajo	✓	NO	NA
Overol Ignífugo, Categoría:	SI	NO	NA
Peto	SI	NO	NA
Manguillas	SI	NO	NA
Polainas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección respiratoria			
Respirador con cartuchos para:	SI	NO	NA
Mascarilla desechable para:	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección cabeza			
Casco Tipo_ Clase_ SIN_ CON_ Barbuquejo	✓	NO	NA
Chavo en tela o camaza	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas			
Botas de seguridad con puntera	✓	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección auditiva			
Tipo Inserción	✓	NO	NA
Tipo copa	SI	NO	NA

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

Barrera/Señales de advertencia			
Peligro Trabajo:	SI	NO	NA
Precaución	✓	NO	NA
Demarcación Perimetral	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Guantes			
Protección mecánica	✓	NO	NA
Protección dieléctrica	SI	NO	NA
Protección química	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Otros			
Tapete dieléctrico	SI	NO	NA
Pértiga	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados

Arnés, Tipo:	SI	NO	NA	Autoretráctil	SI	NO	NA
Mosquetón	SI	NO	NA	Tie-off	SI	NO	NA
Eslinga, Tipo:	SI	NO	NA	Baranda con rodapiés	SI	NO	NA
Línea de vida, Tipo:	SI	NO	NA	Sistema de acceso (Cual):	SI	NO	NA
Freno/Arrestador	SI	NO	NA	Trípode / pescante	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	NA

1.8 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar			SI NO NA
1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar			
A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	✓	NO	NA
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	✓	NO	NA
C.- Rutas de Evacuación	✓	NO	NA
D.- Puntos de encuentro	✓	NO	NA
E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	✓	NO	NA
F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	✓	NO	NA

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Edgar Morera	79822749	oficial							—
Nelson Ramirez	79977653	Ayudante							—

SECCIÓN 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paola Sanchez	1140570333	SST							—

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 ☒
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	✓	NO	NA	Fecha de Cierre 10/01/2026	Hora de Cierre 5:00pm

Scanned with CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO DT

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: 12 01 2026 Hora: 7:00 am Hasta: 17 01 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Villa rica - cancua

1.4 Contratista: Group Integral Pro

1.5 Descripción de la actividad a realizar: Fundida 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	

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 tenen en la actividad

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)		CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
1. Preparación de mezcla	BIOLÓGICO	☒ Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	☒ Infecciones respiratorias, gastrointestinales y cutáneas; enfermedades contagiosas; incapacidad temporal.	☒ Protocolos de bioseguridad, higiene de manos, limpieza y desinfección, ventilación adecuada, restricción de personal sintomático y uso de EPP
2. Fundida de placa		☐ Inhalación de virus.	☐ Infecciones respiratorias, enfermedades contagiosas, incapacidad temporal y complicaciones respiratorias.	☐ Ventilación adecuada, protocolos de bioseguridad, distanciamiento cuando aplique, higiene de manos y uso de tapabocas o protección respiratoria
3. Nivelación de piso	FÍSICOS	☒ Ruido	☒ Pérdida auditiva progresiva, fatiga, estrés, disminución de la concentración, cefaleas, alteraciones del sueño y accidentes por falta de percepción de señales de alerta	☒ Control del ruido en la fuente y el medio, mantenimiento de equipos, señalización de áreas ruidosas, limitación del tiempo de exposición, capacitación al trabajador y uso obligatorio de protección auditiva (tapones y orejeras)
4. orden y aseo		☐ Iluminación inadecuada	☐ Fatiga visual, dolores de cabeza, disminución de la concentración, errores operativos, posturas forzadas y aumento del riesgo de accidentes	☐ Adecuada distribución y nivel de iluminación, mantenimiento de luminarias, control de deslumbramientos y sombras, uso de iluminación artificial complementaria, pausas visuales y capacitación al trabajador
		☐ Temperaturas extremas y humedad	☐ Golpe de calor, deshidratación, fatiga, estrés térmico, quemaduras, hipotermia, disminución del rendimiento y aumento del riesgo de accidentes	☐ Control de la exposición al calor o frío, ventilación o abrigo adecuado, pausas activas, hidratación permanente, adecuación de horarios, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☐ Radiación no ionizante (UV)	☐ Irritación ocular y cutánea, fatiga visual, cefaleas, quemaduras leves, alteraciones en la visión y molestias generales	☐ Control de la fuente de radiación, señalización de áreas expuestas, limitación del tiempo de exposición, mantenimiento de equipos, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según aplique
		☐ Vibraciones	☐ Trastornos musculoesqueléticos, lesiones osteoarticulares, entumecimiento de extremidades, fatiga, alteraciones circulatorias y disminución del control de herramientas	☐ Mantenimiento de equipos, control de la exposición, adecuación de herramientas, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	QUÍMICO	☐ Polvos orgánicos, inorgánicos, fibras, líquidos (nieblas y rocíos)	☐ Irritación de vías respiratorias, ojos y piel, alergias, enfermedades respiratorias, intoxicaciones, disminución de la capacidad pulmonar y malestar general	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
		☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Irritación y daño de las vías respiratorias, intoxicaciones agudas o crónicas, mareos, cefaleas, dificultad respiratoria, enfermedades pulmonares y pérdida de la capacidad laboral	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, sustitución de sustancias cuando sea posible, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria según el riesgo
		☒ Inhalación de material particulado.	☒ Irritación de vías resporatorias, tos, alergias, enfermedades pulmonares, disminución de la capacidad respiratoria, fatiga y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
	PSICOSOCIAL	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés laboral, fatiga mental, ansiedad, disminución del rendimiento, conflictos laborales, errores operativos y afectaciones a la salud mental	☒ Organización adecuada del trabajo, definición clara de funciones, pausas activas, comunicación efectiva, capacitación, acompañamiento psicosocial y promoción de un ambiente laboral saludable
	BIOMECÁNICO	☒ Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	☒ Dolores musculares y articulares, trastornos musculoesqueléticos, fatiga física, lesiones osteomusculares, disminución del rendimiento y ausentismo laboral	☒ Alternancia de posturas, pausas activas, adecuación de herramientas, capacitación al trabajador
		☒ Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados	☒ Lesiones musculoesqueléticas, lumbalgias, hernias, fatiga física, golpes y aumento del riesgo de accidentes	☒ Evaluación del peso y la tarea, uso de ayudas mecánicas, técnicas adecuadas de manipulación, trabajo en equipo, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal cuando aplique
		☒ Movimiento repetitivo	☒ Trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, fatiga muscular, dolor crónico y disminución del rendimiento laboral	☒ Rotación de tareas, pausas activas, adecuación de herramientas, organización del trabajo, capacitación al trabajador y seguimiento a las condiciones del puesto
		☒ Mecánico: golpes, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	☒ Golpes, cortaduras, amputacines, quemaduras, lesiones oculares, atrapamientos, facturas y accidentes graves	☒ Protecciones en equipos y herramientas, orden y aseo, señalización de áreas de riesgo, procedimientos seguros de trabajo, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según la tarea
		☒ Eléctrico	☒ Choque eléctrico, quemaduras, electrocución, incendios, lesiones graves y muerte	☒ Aislamiento y señalización de instalaciones eléctricas, mantenimiento preventivo, uso de herramientas y equipos certificados, procedimientos seguros de trabajo, bloqueo y etiquetado cuando aplique, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☒ Locativo	☒ Caídas al mismo o diferente nivel, golpes, contusiones, torceduras, fracturas, atrapamientos y accidentes graves	☒ Adecuado almacenamiento de materiales, orden y aseo permanente, señalización de áreas y desniveles, mantenimiento de superficies de trabajo, control de objetos en altura, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal

Scanned with CamScanner

CONDICIONES DE SEGURIDAD	☒ Público (robos, atracos, asaltos, atentados, alteraciones de orden público)	☑ Lesiones físicas, afectaciones psicológicas, estrés, amenazas a la integridad personal, pérdidas materiales y accidentes graves	☒ Control de accesos, protocolos de seguridad, comunicación efectiva, reporte oportuno de situaciones de riesgo, coordinación con autoridades cuando aplique, capacitación al trabajador y medidas de autoprotección	
	☐ Trabajo en alturas	☐ Caídas a diferente nivel, golpes contra estructuras,fracturas, traumatismos severos, lesiones incapacitantes permanentes y muerte	☐ Planeación de la tarea, identificación y señalización del área de trabajo, uso de sistemas de acceso seguro (andamios, escaleras), instalación de protecciones colectivas, inspección previa de equipo, uso obligatorio de sistemas de protección contra caídas certificados (arnés, líneas de vida, puntos de anclaje), capacitación y certificación del trabajador, supervisión permanente y aplicación de procedimientos de trabajo	
	☐ Espacios confinados	☐ Asfixia, intoxicación, pérdida de la conciencia, atrapamiento, lesiones graves, accidentes fatales y muerte	☐ Identificación y señalización del espacio confinado, control de acceso, ventilación adecuada, permisos de trabajo, monitoreo continuo, capacitación del personal, supervisión permanente, plan de rescate y uso de elementos de protección personal	
	☐ Trabajo en caliente	☐ Quemaduras, incendios, explosiones, lesiones oculares, inhalación de humos, daños materiales y accidentes graves o fatales	☐ Permiso de trabajo en caliente, control y retiro de materiales combustibles, ventilación adecuada, señalización del area, inspección previa de equipos, capacitación del personal, supervisión permanente y uso de elementos de protección personal	
AMBIENTAL	☒ Generación de residuos de construcción (RCD)	☒ Contaminación del suelo y agua, proliferación de vectores, impactos paisajísticos y sanciones ambientales	☑ Separación y clasificación de RCD, almacenamiento temporal adecuado, señalización, transporte y disposición en sitios autorizados y capacitación al trabajador	
FENÓMENOS NATURALES	☒ Fenómenos naturales (sismo, terremoto, inundación, precipitaciones: lluvias, granizadas, heladas)	☒ Lesiones físicas, atrapamientos, caídas, daños estructurales, interrupción de actividades, pérdidas materiales y afectación a la integridad de los trabajadores	☒ Identificación de zonas seguras, señalización de rutas de evacuación y puntos de encuentro, suspensión de labores en condiciones climáticas adversas, aseguramiento de materiales y estructuras, capacitación en planes de emergencia, simulacros y seguimiento a alertas meteorológicas	

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 - SEÑALIZACIÓN 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
Ropa de trabajo	☒		
Overol Ignífugo, Categoría			
Peto			
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/Arrastador			
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):			

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	☒			D.- Puntos de encuentro	☒		
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	☒			E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	☒		
C.- Rutas de Evacuación	☒			F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	☒		

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Edgar Moreno	79822749	oficial							
Nelson Ramirez	79997653	Ayudante							
Cristian Castro	1016713933	Ayudante							

SECCIÓN 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paula Sanchez	1140570333	SST							

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades	☒			Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo (candados y tarjetas)			☒
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	☒			Fecha de Cierre	17/01/2026	Hora de Cierre	5:00pm

Scanned with CamScanner

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

CENTRO DE TRABAJO / PROYECTO	Villa rica	AREA DE TRABAJO:	cancha
FECHA: 08/01/2026	SERIAL N°: No evidencia	MARCA	Dewalt
ACTIVIDAD A REALIZAR: Picado de placa			

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		X		X		X		X			
ESTADO DE INSTALACIÓN DE LA BROCA (INSERTACIÓN)	X		X		X		X		X		X			
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS	X		X		X		X		X		X			
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	X		X		X		X		X		X			
ESTADO DEL INTERUPTOR DE ENCENDIO Y SU SEGURO	X		X		X		X		X		X			
ESTADO DEL CABLE DE ALIMENTACIÓN	X		X		X		X		X		X			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADOS PARA LAS RPM(8500 - 15000)	X		X		X		X		X		X			
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	X		X		X		X		X		X			
ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, RUPTURAS, ASEO, ETC)	X		X		X		X		X		X			
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	X		X		X		X		X		X			
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	X		X		X		X		X		X			
ESTADO DE LAS BROCAS	X		X		X		X		X		X			
Nombre del Operador:	Edgar M		Edgar M.		Edgar M.		Edgar M.		Edgar M.		Edgar M.			
Nombre del SST:	Paula S'		Paula S'		Paula S'		Paula S'		Paula S'		Paula S'			

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

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:
Cristian Castro Franco	C.C.	1.016.713.933	Ayudante	Villanica

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, guantes, gafas	1	15/01/2026	
2				
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:
Edgar Antonio Moreno	C.C.	79.822.749	oficial	Villa rica

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, gafas, guantes	1	06/01/2025	
2				
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:
Nelson Ramirez	C.C.	79.977.653	Auxiliar	Villa rica

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, gafas, guantes	1	15/01/2026	
2				
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	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**SAN BENITO**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	2,996,024	PABLO ENRIQUE	HUERFANO	MAESTRO	CAPITAL SALUD	POSITIVA	COLPENSIONES	25/11/2025		20/11/025	N/A
2	1,012,406,005	EDWIN ANDRES	HUERFANO CRIOLLO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR	25/11/2025		20/11/025	N/A
3	79,534,624	JORGE NOLBERTO	CORTES BAUTISTA	OFICIAL	CAPITAL SALUD	POSITIVA	COLPENSIONES	25/11/2025		20/11/025	N/A
4	1,023,039,411	LUIS FELIPE	RINCON NARVAEZ	AYUDANTE	CAPITAL SALUD	POSITIVA	PORVENIR	15/12/2025		15/12/2025	N/A

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General

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

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

Firma del trabajador: EDWIN ANDRES HUERFANO CRIOLLO
CC 1012406005

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.012.406.005**

HUERFANO CRIOLLO
APELLIDOS

EDWIN ANDRES
NOMBRES



Edwin Huerfano
FIRMA



INDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

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

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

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Group Integral Pro SAS	NIT	901407518	

39. Ubicación					
Ubicación: Av Cra 15 #106-51 P3	Teléfono: 3183442020	Correo electrónico: afiliacionempleos23@gmail.com	Municipio/Distrito	Departamento: Cundinamarca	

Powered by CamScanner

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad
  - [x] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Rincon	Narvaez	Luis	Felipe

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [x] 56. Copia documento de identidad:

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

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

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

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

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

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HUERFANO Primer apellido	CRIOLLO Segundo apellido	EDWIN Primer nombre	ANDRES Segundo nombre

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

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

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

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

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4015793325

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290408275

PIB
12:34:53

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79534624:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

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

II. Preguntas

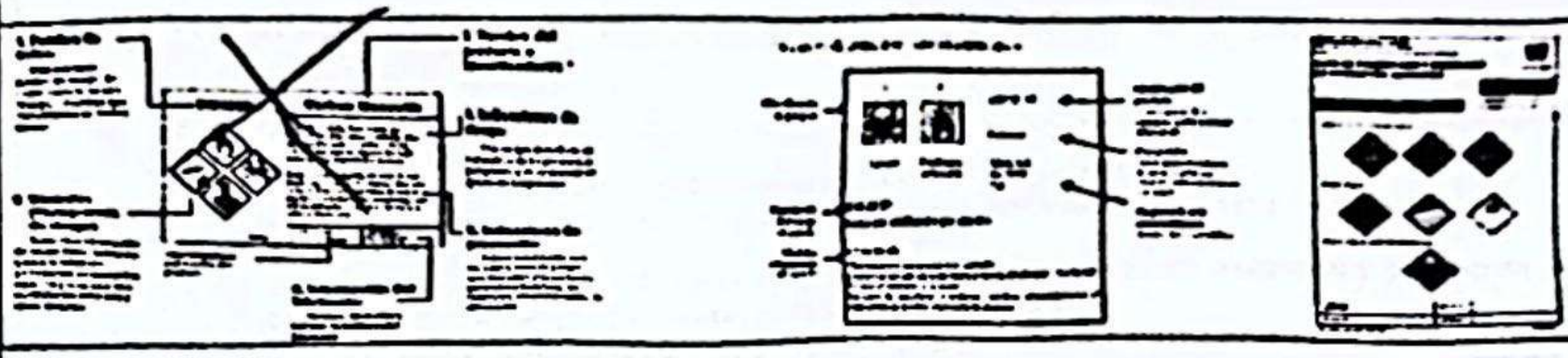
Responda cada una de las preguntas descritas a continuación,
El objetivo de este cuestionario es evaluar la capacitación a la que usted acaba de asistir.

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

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

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

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

Firma del Trabajador	Edwin H	Firma del capacitador	

Escaneado con CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

PABLO ENRIQUE HUERFANO identificado con **Cédula Ciudadanía 2996024** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

NOMBRE	Andres Hernan	CEDULA No.	1012406005
CARGO	Oficial		

DOTACION ENTREGADA

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

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Duvan Estrada	CEDULA No.	52964239
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

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

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

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

EDWIN H

CEDULA No. 1012406005

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79534624,** se encuentra afiliado/a desde **11/12/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 19/12/2025	LUGAR: Instituto Tec. industial Piloto
TEMA: Verificar Herramienta Antes de Usar	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Pablo Huerfano	Encargado	Piloto	Pablo H.
Edwin Huertas	Ayudante	Piloto	EdwinH
felipe Rincon	Ayudante	Piloto	felipe R.

CONSORCIO OBRAS ESPECIALES 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: 2 de diciembre	LUGAR: Instituto Pilo' sede B
TEMA: Identfracion de Peligros	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Pablo Huertano	Encargado	Piloto.	Pablo Huertano
Edwin Huertano	Ayudante	Piloto	Edwin Huertano
Jorge Cortez	Oficial	Piloto	
Felipe Rincon	Ayudante	Piloto	Felipe R.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

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

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

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

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

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

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

es y Apellidos: Edwin Andres Huertero **Fecha:** 25 NOV 2025

Operativo **Cargo a desempeñar:** Ayudante

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

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

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

Edwin A Huertano

Firma trabajador

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290407817

PIB
12:29:59

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

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

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

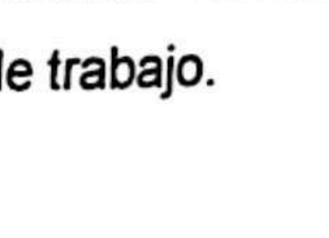
Generó: WEB

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

lombres y Apellidos: Jorge Cortez **Fecha:** 25 Nov 2025

rea: Operativa **Cargo a desempeñar:** Oficial

or 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**

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

Firma trabajador

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner


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


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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA : 10-12-2025

HORA: 9:00 am

FRENTE DE OBRA: Piloto sede B

CONTRATISTA: Consorcio Obras DT

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA : 18-12-2025

HORA: 8:00 am

FRENTE DE OBRA: Piloto sede B

CONTRATISTA: Consorcio Obras DT

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			/	
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta?			/	
3	Presiones indicadas			/	
4	Descarga de la herramienta			/	
G	**HERRAMIENTA POR DETONACIÓN**			/	
1	El personal es autorizado			/	
2	Emplean los elementos de protección			/	
3	Descarga y almacenamiento de la herramienta			/	
H	**SEGURIDAD Y ALMACENAMIENTO EQUIPO Y HERRAMIENTAS EN GENERAL**			/	
1	El personal que utiliza los equipos y herramientas, ha recibido instrucción?	/			
2	Las herramientas se seleccionan correctamente para el trabajo a realizar?	/			
3	Transporte y almacenamiento al sitio del trabajo	/			
4	Las labores de mantenimiento como: limpieza, lubricación, ajuste o reparación se efectúan con los equipos apagados.	/			
5	Almacenamiento	/			
6	Herramientas y equipos en buen estado	/			
7	Se utilizan correctamente	/			
8	Se encuentran señalizados los equipos que revisten peligros especiales tales como alto voltaje, etc.	/			

***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	Pablo Hernandez	Dayana Espinosa
CARGO:	Encargado	SST
FIRMA:	Pablo Hernandez	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Cortes	Segundo apellido: Bautista	Primer nombre: Jorge	Segundo nombre: Nolberto
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 79.534.624	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 2008 1 9 69

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

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

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

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad [ ]	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Group Integral Pro SAS	NIT	901407518	

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

Powered by CamScanner

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

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

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [X] 56. Copia documento de identidad:

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

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

I. Identificación	
Tema de capacitación / reinducción	Induccion
Nombre del asistente	Pablo Enrique Hurtado
Cargo	Encargado
Fecha	25/11/25

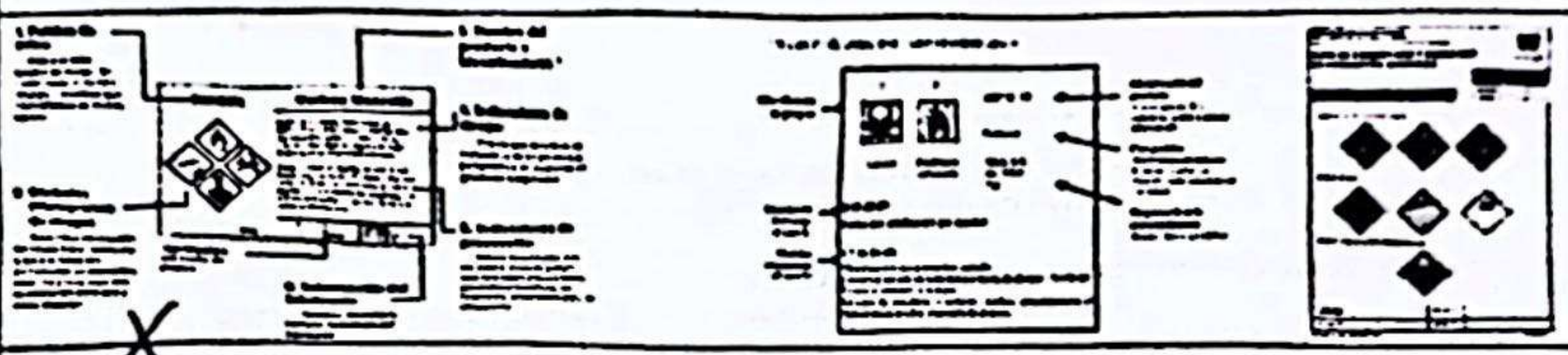
II. Preguntas

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

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

Firma del Trabajador	Publio Hernandez	Firma del capacitador	

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner
Scanned with CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

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

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

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

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General

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

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR — APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE RC VISUAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

Firma del trabajador: JORGE NOLBERTO CORTES BAUTISTA
CC 79534624

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

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

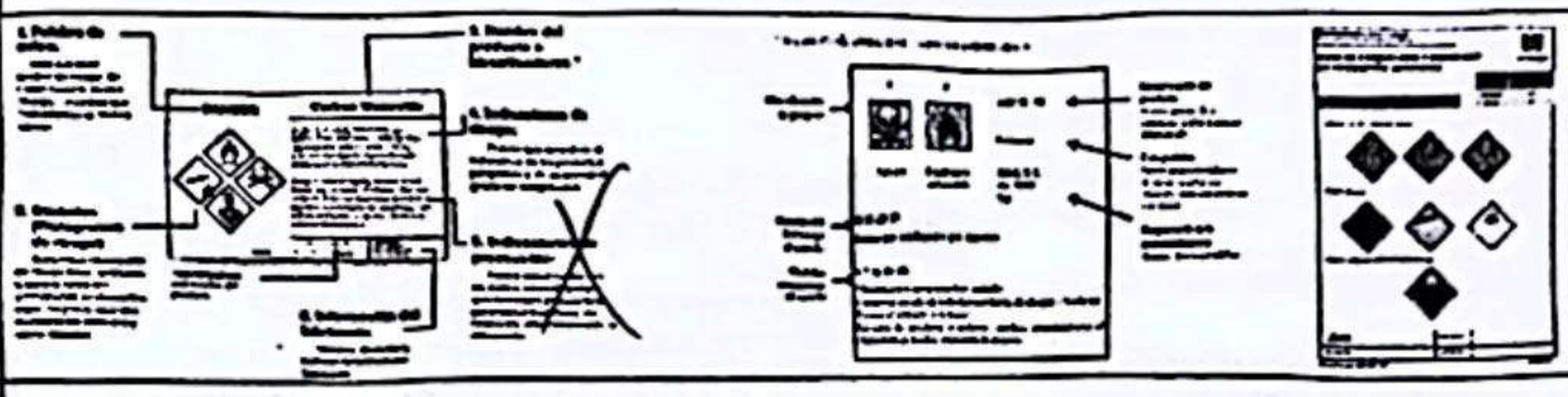
II. Preguntas

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

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

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

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

Firma del Trabajador		Firma del capacitador	

Escaneado con CamScanner

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

NOMBRE	Jorge Cortez	CEDULA No.	79.534.624.
CARGO	Otrica		

DOTACION ENTREGADA

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

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Oriana Espino	CEDULA No.	52964724
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

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

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

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Escaneado con CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

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

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:42:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.039.411
RINCON NARVAEZ
APELLIDOS
LUIS FELIPE
NOMBRES
LUIS RINCÓN
FIRMA



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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ identificado con **Cédula Ciudadanía 1023039411** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Tipo y Número de Documento	NIT 901407518
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/12/15
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5711001
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2025/12/15.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_10_2_2_FR01 v_20
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

Información General

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

Firma del trabajador: LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ
CC 1023039411

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-02	
CONSORCIO OBRAS DOMO 2024		PÁGINA 1 DE 2	
	EVALUACIÓN A INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SST	VERSION: 0.0	FECHA: 24/10/2025

I. Identificación	
Tema de capacitación / reinducción	Induccion
Nombre del asistente	felipe Rincon
Cargo	Aydante.
Fecha	16/12/25

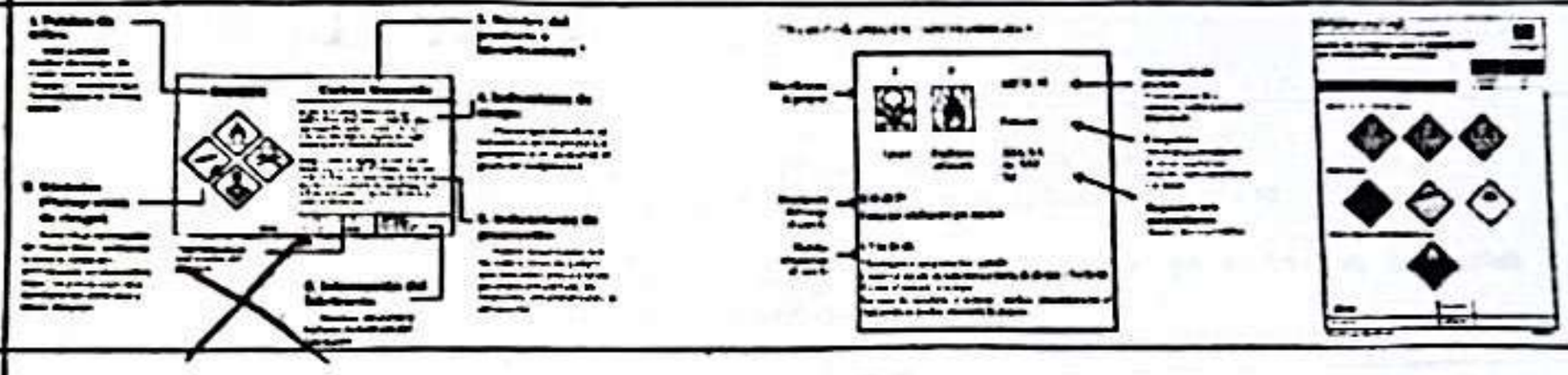
II. Preguntas

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

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

Firma del Trabajador		Firma del capacitador	

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO ENRIQUE HUERFANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **2996024,** se encuentra afiliado/a desde **28/04/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de agosto de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

NOMBRE Felipe Rincon | CEDULA No. 1023039911

CARGO Ayudante.

DOTACION ENTREGADA

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

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE Daniela Ochoa | CEDULA No. 52961401

CARGO SST | FIRMA

COMPROMISO

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

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

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

felipe R

CEDULA No: 1023039911

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

Ciudad: Bogota
Proyecto: Instituto industrial Pluto
Fecha de realización del Trabajo: 20 Diciembre
Fecha de Finalizacion del Trabajo:
Hora de Inicio (a.m./p.m.): 700
Hora de Finalización (a.m./p.m.): SW
Descripción de la tarea a realizar: Demoticion de Concreto Piso

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

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

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pablo Herrera Edwin Herrera felipe Arcan Jorge Cortez	Pablo C Herrera Edwin A Herrera felipe A.

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	✓	Pomo, Pica, Pala
Eléctricas	✓	Pulidora
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	N/A
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	N/A
¿Se han realizado los cálculos de la distancia de caída?	N/A
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Autocuidado
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Guantes, Botas Overol
¿Cuántos trabajadores se requieren?	4
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	NO
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N/A

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

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Verifica el stio y entorno	Piso inestebe	Golpes i lesiones	Pausas activas
Demolicion manual del Piso	Proyeccion de fragmentos	lesiones musculos	Supervision Permanente
Recoleccion del materia con Pala	Sobreesfuerzo	Sobresfuerzo	No permitir. Sobrecargas
Traspaleo de escombros	Posturas forzadas	Vuelcos	Autocuidado
Recolecion de escombro a la volqueta	Sobrecargas	lumbasgas	Trabajo en equipo
Limpieza de Area	Posturas forzadas	Golpes	Uso adecuado EPES

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS 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: Bogotá

Proyecto: Instituto Tecnico Industrial Pluto

Fecha de realización del Trabajo: 19 Diciembe 25

Fecha de Finalizacion del Trabajo: 20 Diciembe 2025

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

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

Descripción de la tarea a realizar: Demolicion de PISO en Patio

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

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

Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
Pablo Huertano	Pablo Huertano
Edwin Huertano	Edwin Huertano
felipe Rincon	felipe R.
Jorge Cortez	

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

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Indique cada una de las herramientas a utilizar.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		
Manuales	X	Barra, Picas, Pala
Eléctricas	X	Pulidora
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

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

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

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Verifica el sitio y entorno	Piso inestable	Golpes Atrapamiento	Pausas activas
Demolición manual del piso Bruñida	Proyección de fragmentos	Caídas Mismo nivel	Suspensión temporal
Recolección del material con pala	Sobreesfuerzo	lesiones musculares	Actividad.
Traspaleo escombro	Posturas forzadas	Vel cos lumbalgias	No permitir Sobrecargas
Carretilla	Sobrecargas	Golpes	Trabajo en equipo
Aspersión temporal	Posturas forzadas	Caídas	Uso adecuado de EPPS
limpieza de área			

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

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

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

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

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

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

felipe R

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

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

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290409173

PIB
12:44:48

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS FELIPE RINCON NARVAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023039411:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:46:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.996.024

HUERFANO

APELLIDOS

PABLO ENRIQUE

NOMBRES

Pablo E Huerfano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1965

CHIPAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-SEP-1983 CHIPAQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
Positiva	Colpensiones	1.423.500

18. Residencia				
Dirección: Cra 80 # 71-10 Sur	Teléfono:	Teléfono celular: 3227389920	Correo electrónico: afiliaciones.empleados23@gmail.com	
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Cundinamarca	

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Grupo Integral Prosas	NIT	901407518	Bogotá

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

Powered by CamScanner

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Huertano		Pablo	Enrique.

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
C.C	2.996.024	Femenino [ ] Masculino [X]	21/09/1965	12/11/2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Pablo E Huertano.	

IX. ANEXOS

- [X] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad CC: [1] — Total [1]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Edwin Andres Nuñez	CC	1017960055	Auxiliar	GDP

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el contratista con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes cuero	1	05/1/26	Edwin A.
2	Guantes nitrilo	1	06/1/26	Edwin A
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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

7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Pablo Hurtado	CC.	2996024	Encargado	G.O.P.

COMPROMISO

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

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

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Caucho	1	05/1/2026	Pablo H
2	Guantes Hilo	1	08/1/2026	Pablo H
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

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

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

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

7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

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

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General

N° ingreso	**140927**	**Fecha Impresión**	2025-11-24
Fecha Ingreso	2025-11-20 11:51:58	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	PABLO ENRIQUE HUERFANO	**CC**	2996024
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1965-09-21
Edad	60 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
# Hijos	0	**Empresa a Laborar**	
Fecha Salida	2025-11-20 16:51:32	**Empresa Contratante**	R R
Nit Empresa	2222222	**Actividad Economica**	Atención a usuarios particulares.
EPS	ASMET SALUD	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	COLPENSIONES	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE

Certificación de Aptitud

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	APTO	RECOMENDACIONES

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

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

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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



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

Firma del trabajador: PABLO ENRIQUE HUERFANO
CC 2996024

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

NOMBRE	Pablo Herfano	CEDULA No.	2996029
CARGO	Encargado		

DOTACION ENTREGADA

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

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Dayana Ospina	CEDULA No.	52964 [illegible]
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

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

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

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Pablo Herfano

CEDULA: [illegible]

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

es y Apellidos: Pablo Huertano **Fecha:** 25 mayo 2025

Operativo **Cargo a desempeñar:** Encargado

or 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.

Pablo E. Huertano

Firma trabajador

Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:38:11 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **2996024**
Apellidos y Nombres: **HUERFANO PABLO ENRIQUE**

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

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

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

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

DIJIN

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290408646

PIB
12:39:06

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PABLO ENRIQUE HUERFANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 2996024:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 12:39:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

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

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**LEONARDO POSADA**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	79,604,703	JOSE RAUL	NIÑO VARGAS	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	12/11/2025		20/11/2025	
2	1,000,619,138	BRANDON SNEIDER	VILLADA	OFICIAL	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR	13/01/2026			

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.000.619.138**

VILLADA

APELLIDOS

BRANDON SNEIDER

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUN-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00384649-M-1000619138-20120628 **00303**42012A 1 38477900

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE RAUL NIÑO VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79604703,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:54:03 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1000619138**
Apellidos y Nombres: **VILLADA BRANDON SNEIDER**

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016099045	1|4|0|1|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
VILLADA		BRANDON	SNEIDER
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación					
CC	1000619138	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐	M ☒	T ☐	NB ☐	Otro ☐	Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais:	COLOMBIA	Departamento:	BOGOTA	Municipio: BOGOTA	2|0|0|4|1|9|9|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	2000000	

26.Residencia

CL 47 SUR 3 B 14		3227548810	SNEIDERVILLADA@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**

BOGOTA	BOGOTA	170	zona	Urbana cabecera municipal ☒	Rural dispersa ☐
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**		Urbana centro poblado ☐	Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

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

59.Ubicación

CL 122 7 A 91 3232222474	3057109158	SERGIOALVAREZ@CONTABLESOLUTIONS.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4016099045

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|3|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Brandon Villada	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRANDON SNEIDER VILLADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.619.138**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

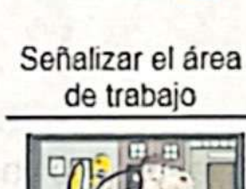
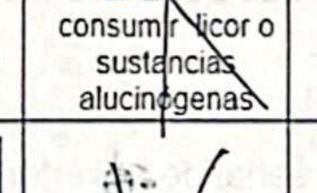
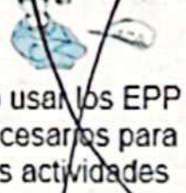
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre: Brandon Sneider Villada	**Cedula:** 1.000.619.138
Fecha: 14 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 reñirse 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
   - Alturas
   - Ruido
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



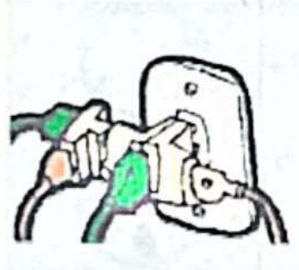
acto



acto



condición



acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1000891753

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290558794

PIB
15:44:39

Bogotá DC, 02 de febrero 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) JOSE RAUL NIÑO VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79604703:

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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

BRANDON SNEIDER VILLADA identificado con **Cédula Ciudadanía 1000619138** 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	2026/01/13
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 2026/01/9.

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

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:
Brandan Sneider Villada	C.C.	1.000.619.138	oficial	Leonardo Posada

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, guantes, gafas	1	14/01/2026	
2				
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

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	**146727**	**Fecha Impresión**	2026-01-24
Fecha Ingreso	2026-01-23 11:45:01	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	BRANDON SNEIDER VILLADA	**CC**	1000619138
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	Soldador
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1994-04-20
Edad	31 años	**Dirección**	
Teléfono	3144778025	**Estado Civil**	Union Libre
N° Hijos	2		
Grupo sanguíneo / RH	A+		
Fecha Salida	2026-01-23 16:58:11	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	SSS SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	SSS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
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.

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: BRANDON SNEIDER VILLADA
CC 1000619138

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO DT

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: 19 01 2026 Hora: 7:00am Hasta: 19 01 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Learaido Pascala

1.4 Contratista: Grup Integral Pro

1.5 Descripción de la actvidad a realizar: Demolicion de enchape, pañete en baños bloque rojo

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	

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. Demolicion de enchape de piso y pared 2. Demolición de pañete en muros 3. Ubicar el escombro en bonas y llevarlo al punto de acopio 4. Orden y aseo	BIOLÓGICO	☐ Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	☐ Infecciones respiratorias, gastrointestinales y cutáneas; enfermedades contagiosas; incapacidad temporal.	☐ Protocolos de bioseguridad, higiene de manos, limpieza y desinfección, ventilación adecuada, restricción de personal sintomático y uso de EPP
		☐ Inhalación de virus.	☐ Infecciones respiratorias, enfermedades contagiosas, incapacidad temporal y complicaciones respiratorias.	☐ Ventilación adecuada, protocolos de bioseguridad, distanciamiento cuando aplique, higiene de manos y uso de tapabocas o protección respiratoria
	FÍSICOS	☒ Ruido	☒ Pérdida auditiva progresiva, fatiga, estrés, disminución de la concentración, cefaleas, alteraciones del sueño y accidentes por falta de percepción de señales de alerta	☒ Control del ruido en la fuente y el medio, mantenimiento de equipos, señalización de áreas ruidosas, limitación del tiempo de exposición, capacitación al trabajador y uso obligatorio de protección auditiva (tapones y orejeras)
		☐ Iluminación inadecuada	☐ Fatiga visual, dolores de cabeza, disminución de la concentración, errores operativos, posturas forzadas y aumento del riesgo de accidentes	☐ Adecuada distribución y nivel de iluminación, mantenimiento de luminarias, control de deslumbramientos y sombras, uso de iluminación artificial complementaria, pausas visuales y capacitación al trabajador
		☐ Temperaturas extremas y humedad	☐ Golpe de calor, deshidratación, fatiga, estrés térmico, quemaduras, hipotermia, disminución del rendimiento y aumento del riesgo de accidentes	☐ Control de la exposición al calor o frío, ventilación o abrigo adecuado, pausas activas, hidratación permanente, adecuación de horarios, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☐ Radiación no ionizante (UV)	☐ Irritación ocular y cutánea, fatiga visual, cefaleas, quemaduras leves, alteraciones en la visión y molestias generales	☐ Control de la fuente de radiación, señalización de áreas expuestas, limitación del tiempo de exposición, mantenimiento de equipos, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según aplique
		☒ Vibraciones	☒ Trastornos musculoesqueléticos, lesiones osteoarticuales, entumecimiento de extremidades, fatiga, alteraciones circulatorias y disminución del control de herramientas	☒ Mantenimiento de equipos, control de la exposición, adecuación de herramientas, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	QUÍMICO	☒ Polvos orgánicos, inorgánicos, fibras, líquidos (nieblas y rocíos)	☒ Irritación de vías respiratorias, ojos y piel, alergias, enfermedades respiratorias, intoxicaciones, disminución de la capacidad pulmonar y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
		☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Irritación y daño de las vías respiratorias, intoxicaciones agudas o crónicas, mareos, cefaleas, dificultad respiratoria, enfermedades pulmonares y pérdida de la capacidad laboral	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, sustitución de sustancias cuando sea posible, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria según el riesgo
		☒ Inhalación de material particulado.	☒ Irritación de vías resporatorias, tos, alergias, enfermedades pulmonares, disminución de la capacidad respiratoria, fatiga y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
	PSICOSOCIAL	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés laboral, fatiga mental, ansiedad, disminución del rendimiento, conflictos laborales, errores operativos y afectaciones a la salud mental	☒ Organización adecuada del trabajo, definición clara de funciones, pausas activas, comunicación efectiva, capacitación, acompañamiento psicosocial y promoción de un ambiente laboral saludable
	BIOMECÁNICO	☒ Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	☒ Dolores musculares y articulares, trastornos musculoesqueléticos, fatiga física, lesiones osteomusculares, disminución del rendimiento y ausentismo laboral	☒ Alternancia de posturas, pausas activas, adecuación de herramientas, capacitación al trabajador
		☒ Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados	☒ Lesiones musculoesqueléticas, lumbalgias, hernias, fatiga física, golpes y aumento del riesgo de accidentes	☒ Evaluación del peso y la tarea, uso de ayudas mecánicas, técnicas adecuadas de manipulación, trabajo en equipo, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal cuando aplique
		☒ Movimiento repetitivo	☒ Trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, fatiga muscular, dolor crónico y disminución del rendimiento laboral	☒ Rotación de tareas, pausas activas, adecuación de herramientas, organización del trabajo, capacitación al trabajador y seguimiento a las condiciones del puesto
		☒ Mecánico: golpes, atrapamiento,maniputación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	☒ Golpes, cortaduras, amputacines, quemaduras, lesiones oculares, atrapamientos, facturas y accidentes graves	☒ Protecciones en equipos y herramientas, orden y aseo, señalización de áreas de riesgo, procedimientos seguros de trabajo, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según la tarea
		☒ Eléctrico	☒ Choque eléctrico, quemaduras, electrocución, incendios, lesiones graves y muerte	☒ Aislamiento y señalización de instalaciones eléctricas, mantenimiento preventivo, uso de herramientas y equipos certificados, procedimientos seguros de trabajo, bloqueo y etiquetado cuando aplique, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☒ Locativo	☒ Caídas al mismo o diferente nivel, golpes, contusiones, torceduras, fracturas, atrapamientos y accidentes graves	☒ Adecuado almacenamiento de materiales, orden y aseo permanente, señalización de áreas y desniveles, mantenimiento de superficies de trabajo, control de objetos en altura, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal

Scanned with CamScanner

CONDICIONES DE SEGURIDAD	☒ Público (robos, atracos, asaltos, atentados, alteraciones de orden público)	☒ Lesiones físicas, afectaciones psicológicas, estrés, amenazas a la integridad personal, pérdidas materiales y accidentes graves	☒ Control de accesos, protocolos de seguridad, comunicación efectiva, reporte oportuno de situaciones de riesgo, coordinación con autoridades cuando aplique, capacitación al trabajador y medidas de autoprotección
	☐ Trabajo en alturas	☐ Caídas a diferente nivel, golpes contra estructuras,fracturas, traumatismos severos, lesiones incapacitantes permanentes y muerte	☐ Planeación de la tarea, identificación y señalización del área de trabajo, uso de sistemas de acceso seguro (andamios, escaleras), instalación de protecciones colectivas, inspección previa de equipo, uso obligatorio de sistemas de protección contra caídas certificados (arnés, líneas de vida, puntos de anclaje), capacitación y certificación del trabajador, supervisión permanente y aplicación de procedimientos de trabajo
	☐ Espacios confinados	☐ Asfixia, intoxicación, pérdida de la conciencia, atrapamiento, lesiones graves, accidentes fatales y muerte	☐ Identificación y señalización del espacio confinado, control de acceso, ventilación adecuada, permisos de trabajo, monitoreo continuo, capacitación del personal, supervisión permanente, plan de rescate y uso de elementos de protección personal
	☐ Trabajo en caliente	☐ Quemaduras, incendios, explosiones, lesiones oculares, inhalación de humos, daños materiales y accidentes graves o fatales	☐ Permiso de trabajo en caliente, control y retiro de materiales combustibles, ventilación adecuada, señalización del área, inspección previa de equipos, capacitación del personal, supervisión permanente y uso de elementos de protección personal
AMBIENTAL	☒ Generación de residuos de construcción (RCD)	☒ Contaminación del suelo y agua, proliferación de vectores, impactos paisajísticos y sanciones ambientales	☒ Separación y clasificación de RCD, almacenamiento temporal adecuado, señalización, transporte y disposición en sitios autorizados y capacitación al trabajador
FENÓMENOS NATURALES	☒ Fenómenos naturales (sismo, terremoto, inundación, precipitaciones: lluvias, granizadas, heladas)	☒ Lesiones físicas, atrapamientos, caídas, daños estructurales, interrupción de actividades, pérdidas materiales y afectación a la integridad de los trabajadores	☒ Identificación de zonas seguras, señalización de rutas de evacuación y puntos de encuentro, suspensión de labores en condiciones climáticas adversas, aseguramiento de materiales y estructuras, capacitación en planes de emergencia, simulacros y seguimiento a alertas meteorológicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Raul Niño	7960463	oficial	—	—	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	—
Sneidar Viva	[illegible]	OFICIAL	—	—	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	—

SECCIÓN 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paula Sanchez	1110570333	SST	—	—	[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
Area despejada, y aseada demarcación retirada	☒	NO	NA	Fecha de Cierre 17/01/2026	Hora de Cierre 5:00pm		

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

Nombres y Apellidos: Brandan Sneider Villada **Fecha:** 14 de enero de 2026

Área: Lecnardo Posada **Cargo a desempeñar:** oficial

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290559125

PIB
15:47:10

Bogotá DC, 02 de febrero 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) BRANDON SNEIDER VILLADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000619138:

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 13:55:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000619138
Código de Verificación	1000619138260130135558

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

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 lunes 02 de febrero de 2026, a las 15:45:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79604703
Código de Verificación	79604703260202154504

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.703**

NIÑO VARGAS

APELLIDOS

JOSE RAUL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1972

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-OCT-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500160-00180251-M-0079604703-20090922 0016412774A 2 1460023367

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL