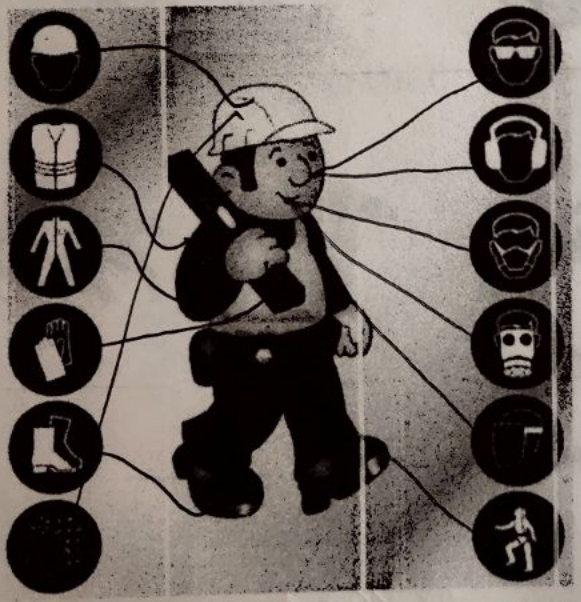
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre:	Cristian Ramirez	**Cedula:**	1011700779
Fecha:	16/02/26	**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.



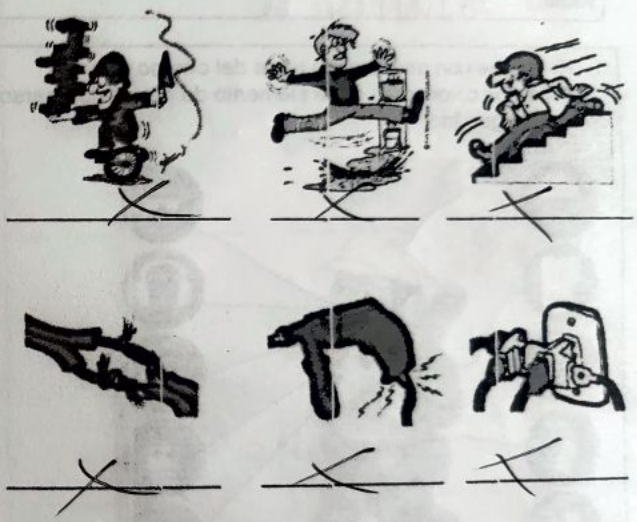
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - FISICO
   - PSICOSOCIAL
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

Cristian Ramirez
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1011200779

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

Nombres y Apellidos: Cristian Ramirez. **Fecha:** 17/02/26

Área: Operativo **Cargo a desempeñar:** Ayudante.

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

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

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

Cristian Ramirez

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:23:51 AM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1011200779**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ PAEZ CRISTIAN DAVID**

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. 291668921

PIB
10:29:51

Bogotá DC, 20 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) CRISTIAN DAVID RAMIREZ PAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1011200779:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

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 20 de febrero de 2026, a las 10:48:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1011200779
Código de Verificación	1011200779260220104810

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.010.174.421

Apellidos
RAMIREZ PAEZ

Nombres
KEVIN DANIEL

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.59	M

Fecha de nacimiento
15 NOV 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 DIC 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
27 DIC 2033

Firma
Kevin Ramirez

.00

037947862



ICCOL037947862415001<<<<<<<<<<<
0511151M3312278COL1010174421<4
RAMIREZ<PAEZ<<KEVIN<DANIEL<<<<

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012687218
9012687218

No. de Radicación SAT: 30317003

Fecha de Radicación: 18 D 02 M 2026 A

1. 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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado X	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
RAMIREZ Primer Apellido	PAEZ Segundo Apellido	KEVIN Primer Nombre	DANIEL Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1010174421	Femenino ☐ Masculino X	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			15 D 11 M A 2005 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad — Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO X	SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$1.750.905	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

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

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AV CR 15 106 51 P 2	3835628		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 18 M 02 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

CER_AFI_2026018604150

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Kevin Daniel Ramirez Paez identificado con CC. 1010174421 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/18	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17022026N1010174421A9501256.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KEVIN DANIEL RAMIREZ PAEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010174421,** se encuentra afiliado/a desde **23/09/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de febrero 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

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	**149725**	**Fecha Impresión**	2026-02-24
Fecha Ingreso	2026-02-24 09:55:47	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	KEVIN DANIEL RAMIREZ PAEZ	**CC**	1010174421
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AUXILIAR
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	2005-11-15
Edad	20 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
N° Hijos	0		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-02-24 10:08:17	**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 ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		

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

Dra. Martha C. Osorio Garcia
Médico Cirujano
Lic. 0778 26/05/2021

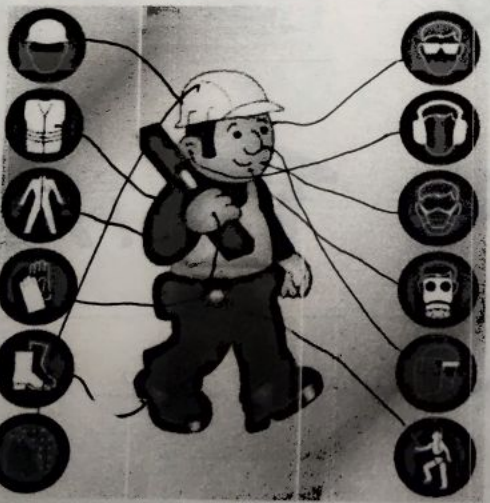
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: KEVIN DANIEL RAMIREZ PAEZ
CC 1010174421

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:	Kevin Martinez	**Cedula:**	1.020 174 927
Fecha:	17/02/26	**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.



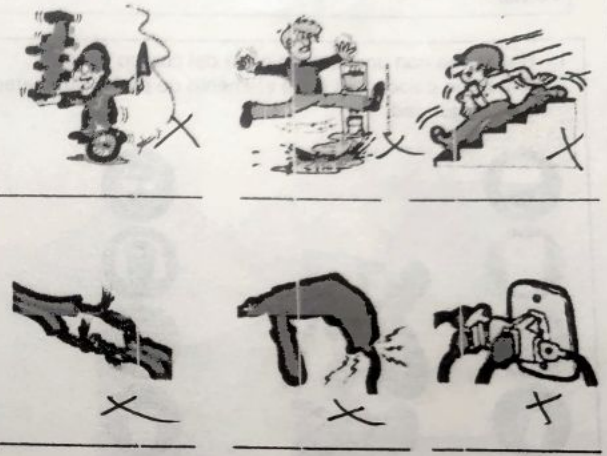
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - Físico
   - Mecánico
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

Kelly Lanna
FIRMA TRABAJADOR
C.C:

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

Nombres y Apellidos: Kevin Ramirez **Fecha:** 17/02/2026

Área: Operativa **Cargo a desempeñar:** Ayudante

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

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

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

Kevin Ramirez

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:22:12 AM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010174421**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ PAEZ KEVIN DANIEL**

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. 291668745

PIB
10:28:27

Bogotá DC, 20 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) KEVIN DANIEL RAMIREZ PAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010174421:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

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 20 de febrero de 2026, a las 10:47:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010174421
Código de Verificación	1010174421260220104713

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 **1.010.165.365**

RAMIREZ CHOCONTA

APELLIDOS

WILMAR

NOMBRES

Wilmar Ramirez Ch

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00617275-M-1010165365-20140901 **00398**13860A 3 1542983496

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016392432	2|4|0|2|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			
RAMIREZ Primer apellido	CHOCONTA Segundo apellido	WILMAR Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1010165365	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|2|0|4|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 10 62 83		3125011327	CHOCONTAK@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	BARRIOS UNIDOS	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	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		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

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 122 7 A 91 3232222474	3058319689	SERGIOALVAREZ@CONTABLESOLUTIONS.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016392432

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|8|0|2|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

Wilmar C	
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.

CER_AFI_2026018603526

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Wilmar Ramirez Choconta identificado con CC. 1010165365 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/18	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17022026N1010165365A9500686.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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:

WILMAR RAMIREZ CHOCONTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.165.365**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero 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.

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	**149726**	**Fecha Impresión**	2026-02-24
Fecha Ingreso	2026-02-24 09:59:53	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	WILLIAM RAMIREZ CHOCONTA	**CC**	1010165365
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1985-04-02
Edad	40 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Union Libre
N° Hijos	2		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-02-24 10:09:24	**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 ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		

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

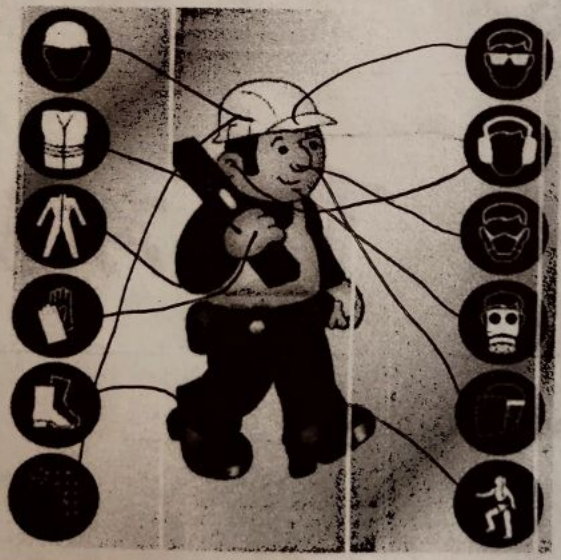
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: WILLIAM RAMIREZ CHOCONTA
CC 1010165365

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

Nombre:	Wilma Ramirez	**Cedula:**	1010165365
Fecha:	16/02/26	**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.



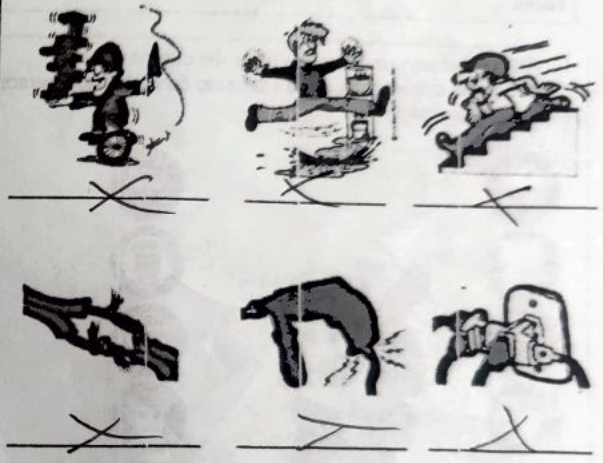
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - Fisico
   - Mecanico
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

Wilmar Ramirez
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1010165365

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

Nombres y Apellidos: Wilmar Ramirez **Fecha:** 17/02/2026

Área: Operativa **Cargo a desempeñar:** Oficial

Por favor 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**	 X **Manejo de sustancias químicas**	 X **Atrapamiento**	 X **Golpes**
 X **Cortes**	 X **Caídas a mismo nivel**	 X **Caídas a distinto nivel**	 X **Eléctrico**
 **Incendio**	 X **Caída de objetos**	 X **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.

Wilmar Ramirez.

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:24:52 AM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010165365**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ CHOCONTA WILMAR**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 291670083

PIB
10:39:52

Bogotá DC, 20 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) WILMAR RAMIREZ CHOCONTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010165365:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

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 20 de febrero de 2026, a las 10:49:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010165365
Código de Verificación	1010165365260220104907

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

PAZ Y SALVO

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, Cristian Castro Franco, identificado con CEDULA DE CIUDADANIA número 1016713933, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 2026-01-23 hasta 2026-07-26

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de Bogotá, a los 26 mes 02 año 26.

C.C: 1016713933

CHARLAS Y CAPACITACIONES

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Marco Fidel Suarez					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Como actuar en caso de accidente trabajo					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Dayana Esanu			DURACIÓN:		
FECHA:	19/02/26		LUGAR:	Marco F. Gel		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1	Kevin Ramirez	1010174421	Kevin Ramirez
2	Wilmar Ramirez	1090165365	Wilmar Ramirez
3	Jeisin Bañegracia	1001752551	
4	Cristian Ramirez	1011700779	
5	Andres Gonzalez	1031172233	
6	Nelson Ramirez	79977653	

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Marco fidel						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Respeto hacia compañeros						
TIPO DE ACTIVIDAD	X	CHARLA DE SEGURIDAD		CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Dayana Espana			DURACIÓN:	5mn		
FECHA:	25-02-26		LUGAR:	Marco fidel			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	Kevin Ramirez	1010174421	Kevin Ramirez
	Wilma Ramirez	1010165365	Wilmar Ramirez
	Jeison Bocanegra	1001752555	Jeison B.
	Cristian Ramirez	1011200779	CC/ATM
	Andres Gonzalez	1031172233	Andres G
	Nelson Ramirez	79977653	

EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Marco Fidel Suarez					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Inspeccion de equipos y Herramientas					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	✓	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Dayana Espinel			DURACIÓN:		
FECHA:	02/03/26	LUGAR:	Marco Fidel			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	Cristian Ramirez	1011200779	
	Andres Gonzalez	1031372233	
	Nelson Ramirez	79977653	

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Marco fidel suarez					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Pausas Activas para Inicio Actividades					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	DCultura Estival			DURACIÓN:		
FECHA:	09/03/26		LUGAR:	Marco fidel suarez		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	Cristian Ramirez	1011[illegible]79	cristian Ramirez
	Andres Gonzalez	1031172233	Andres
	Nelson Ramirez	79977653	

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Marco Fidel Suarez					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Cuidado del las manos					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Dayana Isabel			DURACIÓN:		
FECHA:	10	03 - 26	LUGAR:	Marco Fidel Suarez		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
	Cristian Ramirez	1011[illegible]79	Cristian Ramirez
	Andres Gonzalez	1031172233	Andres
	Nelson Ramirez	79977653	

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO -ATS

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

que 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

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 NO. Indique otras causales si las hay:

echa de autorización del permiso:	Valido	Desde:	16	02	2025	Hora:	8:00	Hasta:	21	02	2026	Hora:	5:00pm
Obra y lugar donde se realiza el trabajo:	Colegio Hacienda												
ontratista:	Group Integral SAS												
escripción de la actividad a realizar:	Instalacion de tableta, Pañete, estuco y pintura												

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

abajo en caliente	SI	NO	Trabajo en alturas	SI	NO	Espacios confinados	SI	NO	Otro	SI	NO	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

QUIMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes.	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte.	☐ Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit d derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, botas guantes) campanas de extracción. capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
	☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores.	☐ Depende del agente químico.	
	☐ Inhalación de material particulado.	☐ Afecciones respiratorias y cardiacas.	
PSICOLOGICO Y AMBIENTAL	☐ Acumulación de basuras.	☐ Infecciones, intoxicaciones	☑ Separacion de residuos y reciclaje
	☐ Condiciones Inhalaborales	☑ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☐ Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea. Estrategias de afrontamiento del estrés.
NATURAL	☑ Probabilidad de lluvia	☑ Resfriado, malestar general, virosis	☑ Suspender actividades en lugares abiertos
	☐ probabilidad de Sismo	☑ Fracturas, lesiones, muerte	☐ resguardarse y seguir el plan de emergencia

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

EPP - SEÑALIZACION Verificar

	SI	NO	N

pecciones antes y despues 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, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin tificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada.

Ropa			
erol de trabajo	~~SI~~	NO	NA
erol ignifugo. Categoria:	SI	NO	NA
to	SI	NO	NA
ngulllas	SI	NO	NA
lgimas	SI	NO	NA
ro (Cual):	SI	NO	NA
Protección respiratoria			
spirador con cartuchos para:	SI	NO	NA
scarilla desechable para:	SI	NO	NA
ro (Cual):	SI	NO	NA
Protección cabeza			
asco Tipo_ Clase_ SN_ CON_ Barbuquejo	SI	NO	NA
navo en tela o cachucha	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas			
Botas de seguridad con puntera	~~SI~~	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección auditiva			
Tipo Inserción	~~SI~~	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/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA

Protección facial y ocular			
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	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

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

NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar

EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Kevin Ramirez	1010172621	Aydante	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	
Wilmer Ramirez	1001135273	Ayudante	Wilmer Ramirez	Wilmer Ramirez	Wilmer Ramirez	Wilmer Ramirez	Wilmer Ramirez	Wilmer Ramirez	
Nelson Ramirez	79377653	Ayudante	Nelson R	Nelson R	Nelson R	Nelson R	Nelson R	Nelson R	
Cristian Ramirez	1011217a	Ayudante	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	

SECCION 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Deivid Espinel	5766611	SS	7+	7+	7+	7+	7	7	

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).		SI NO
Área despejada, y asegda demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre	Hora de Cierre	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

ue 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

ausales 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 IO. Indique otras causales si las hay:

echa de autorización del permiso:	Valido	Desde:	23	02	26	Hora:	8:00	Hasta:	28	02	2026	Hora:	5:00
Obra y lugar donde se realiza el trabajo:	Colegio Marco Fidel												
ontratista:	Grup. Integral SAS												
escripción de la actividad a realizar:	Instalacion tablero, Poda y Anclaje												

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

QUÍMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas agudas, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte	☐ Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit d
	☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☒ Depende del agente químico	
	☒ Inhalación de material particulado	☐ Afecciones respiratorias y cardiacas	
PSICOLÓGICO Y AMBIENTAL	☒ Acumulación de basura	☐ Infecciones, intoxicaciones	☒ Separación de residuos y reciclaje
	☒ Condiciones locativas/orden	☒ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☐ Aprox del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización efectiva del ret, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea, Estrategias de afrontamiento del estrés.
NATURAL	☒ Probabilidad de lluvia	☒ Resfriado, malestar general, virosis	☒ Suspender actividades en lugares abiertos
	☒ probabilidad de Sismo	☒ Fracturas, lesiones, muerte	☐ resguardarse y seguir el plan de emergencia

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

EPP - SEÑALIZACION Verificar

SI NO N

Condiciones 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, abstenganse de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada.

Ropa			
Dotación de trabajo	SI	NO	NA
Dotación (Uniforme, Calzado)	SI	NO	NA
Otro	SI	NO	NA
Botas/Botines	SI	NO	NA
Guantes	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__ Gris__ CON__ Barbuquejo	SI	NO	NA
Casco en tela o carnaza	SI	NO	NA

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

Protección auditiva			
Tipo Inserción	SI	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/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA

Protección facial y ocular			
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	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 rodapié	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	N
Precaución	SI	NO	N
Demarcación Perimetral	SI	NO	N
Otro (Cual):	SI	NO	N

Guantes			
Protección mecánico	SI	NO	N
Protección dieléctrico	SI	NO	N
Protección químico	SI	NO	N
Otro (Cual):	SI	NO	N

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

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

EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCIÓN 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Nelson Ramirez	7937763	Oficial							—
Cristian Tocco	1016715915	Ayudante							
Gustavo Ramirez	1012000774	Ayudante	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	
Kevin Ramirez	1012017441	Ayudante	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin	Kevin	

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Diego Cespedes	52964714	SST							—

SECCION 10- CIERRE

Se informa al responsable del área sobre la culminación de las actividades. — SI NO NA

Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas). — SI NO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

ue 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

ausales 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 IO. Indique otras causales si las hay:

echa de autorización del permiso:	Valido	Desde:	19	03	26	Hora:	800	Hasta:	19	03	2026	Hora:	5:00 PM

Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Colegio Manuel Abel
ontratista: Grup. Integral SAS
escripción de la actividad a realizar: Instalacion Tableta, Pañete y Pintu

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

abajo en caliente	SI	NO	Trabajo en alturas	SI	NO	Espacios confinados	SI	NO	Otro	SI	NO	Cual	

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

QUIMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes.	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte.	☐ Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las hojas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit d derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, botas guantes) capsanas de extracción. capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
	☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores.	☐ Depende del agente químico.	
	☐ Inhalación de material particulado.	☐ Afecciones respiratorias y cardiacas.	
PSICOLOGICO Y AMBIENTAL	☐ Acumulación de basuras.	☐ Intoxicaciones, intoxicaciones	☑ Separacion de residuos y reciclaje
	☐ Condiciones intralaborales	☑ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☐ Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización labores del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea. Estrategias de afrontamiento del estrés.
NATURAL	☑ Probabilidad de lluvia	☑ Resfriado, malestar general, virosis	☑ Suspender actividades en lugares abiertos
	☑ probabilidad de Sismo	☑ Fracturas, lesiones, muerte	☐ resguardarse y seguir el plan de emergencia

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

EPP - SEÑALIZACION Verificar

pecciones antes y despues 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, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin tilización. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada.

Ropa	SI	NO	NA
ero de trabajo	☑	☐	☐
ero ignifugo. Categoria:	☑	☐	☐
to	☐	☐	☐
ngulitas	☐	☐	☐
ighas	☐	☐	☐
ro (Cual):	☐	☐	☐

Protección respiratoria	SI	NO	NA
espirador con cartuchos para:	☐	☐	☐
scarilla desechable para:	☐	☐	☐
ro (Cual):	☐	☐	☐

Protección cabeza	SI	NO	NA
asco Tipo__ Clase__ SN__ COR__ Barbuquejo	☐	☐	☐
avo en: tela o cerveza	☐	☐	☐

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:	☐	☐	☐
Linea de vida, Tipo:	☐	☐	☐
Freno/Arrestador	☐	☐	☐
Punto de anclaje (Cual):	☐	☐	☐

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

Autoretráctil	☐	☐	☐
Tie-off	☐	☐	☐
Baranda con rodapiés	☐	☐	☐
Sistema de acceso (Cual):	☐	☐	☐
Trípode / pescante	☐	☐	☐
Otro (Cual):	☐	☐	☐

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

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

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

NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar

EMERGENCIAS: Recordar y verificar

	SI	NO	NA
.- Las emergencias potenciales que puedan ocurrir	☐	☐	☐
.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	☐	☐	☐
.- Rutas de Evacuación	☐	☐	☐

	SI	NO
D.- Puntos de encuentro	☐	☐
E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquin, extintor)	☐	☐
F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	☐	☐

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Kevin Ramirez	1010178418	Ayudante	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	Kevin Ramirez	
Wilmar Ramirez	1001173523	Ayudante	Wilmar Ramirez	Wilmar Ramirez	Wilmar Ramirez	Wilmar Ramirez	Wilmar Ramirez	Wilmar Ramirez	
Jhon Ramirez	1037765	Oficial	Jhon R	Jhon R	Jhon R	Jhon R	Jhon R	Jhon R	

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Deivid Esteban	1126[illegible]	SS	Jn	Jn	Jn	Jn	Jn	Jn	

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	☐	☐	☐

Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI	NO
Fecha de Cierre	Hora de Cierre	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

ue 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

ausales 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 IO. Indique otras causales si las hay:

echa de autorización del permiso:	Valido	Desde:	07	03	26	Hora:	7:00	Hasta:	07	03	2026	Hora:	5:00PM
Obra y lugar donde se realiza el trabajo:	Colegio Mayor Rosario												
ontratista:	Grupo Integral SAS												
escripción de la actividad a realizar:	Instalacion tablero, Poñete y Pintura												

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

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

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

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

I EPP - SEÑALIZACION Verificar

	SI	NO	N

pecciones antes y despues 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, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin tificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada.

Ropa				Protección de pies y piernas				Protección facial y ocular				Barrera/Señales de advertencia			
ropa de trabajo	SI	NO	NA	Botas de seguridad con puntera	SI	NO	NA	Careta lente neutro	SI	NO	NA	Peligro Trabajo:	SI	NO	N
ropa ignifugo, Categoria:	SI	NO	NA	Botas dieléctricas	SI	NO	NA	Monogafas / Gafas	SI	NO	NA	Precaución	SI	NO	N
ito	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	NA	Gafas de oxicorte	SI	NO	NA	Demarcación Perimetral	SI	NO	N
ingüitas	SI	NO	NA	**Protección auditiva**				Careta de soldador	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	N
delinas	SI	NO	NA	Tipo Inserción	SI	NO	NA	Careta de dieléctrica, clase:	SI	NO	NA	**Guantes**			
ro (Cual):	SI	NO	NA	Tipo copa	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	NA	Protección mecánica	SI	NO	N
Protección respiratoria				**Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados**								Protección dieléctrica	SI	NO	N
espirador con cartuchos para:	SI	NO	NA	Arnés, Tipo:	SI	NO	NA	Autoretráctil	SI	NO	NA	Protección química	SI	NO	N
escarilla desechable para:	SI	NO	NA	Mosquetón	SI	NO	NA	Tie-off	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	N
ro (Cual)	SI	NO	NA	Eslinga, Tipo:	SI	NO	NA	Baranda con rodapiés	SI	NO	NA	**Otros**			
Protección cabeza				Línea de vida, Tipo:	SI	NO	NA	Sistema de acceso (Cual):	SI	NO	NA	Tapete dieléctrico	SI	NO	N
asco Tipo__ Clase__ SIN__ CON__ Barbuquejo	SI	NO	NA	Frenol/Arrestador	SI	NO	NA	Trípode / pescante	SI	NO	NA	Pértiga	SI	NO	N
uavo en tela o carnaza	SI	NO	NA	Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	NA	Otro (Cual):	SI	NO	N
													SI	NO	N

B NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar

B EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Nelson Ramirez	79377653	Oficial							
Cristian Franco	1016715975	Ayudante							
Cristian Ramirez	1018000774	Ayudante	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	cristian	

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DAVID CASTRO	52906726	SST							—

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI NO
Área despejada, y asegda demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre / Hora de Cierre	

INSPECCIONES

CONSORCIO DT

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

Maquina: Pulidora
Obra: Hacoa Fidel Sanz
Horas inicio de semana: 8:00
Horas fin de semana: 5:00

Semana: 16 al 21 febrero

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Lun			Mar			Mie			Jue			Vie			Sab			Dom		
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
1	Protección del disco. (Guardas o carcasa de seguridad disco).	Fijas , en buenas condiciones, (que no estén rotas, sin fisuras) y en la posición correcta	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Disco	Correctamente Ajustado , sin fragmentaciones , sin fisuras y sin desgaste acentuado, de las mismas rpm que el equipo.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Mangos o puntos de apoyo	Que estén en perfecto estado, (que no estén rotos y sin fisuras), aislados y fijos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Cuerpo de la pulidora	Que este ensamblado, completo, debidamente aislado y sin fisuras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	Interruptores y / o pulsadores eléctricos de encendido y apagado.	Interruptores o pulsadores fijos, de fácil acceso, en buenas condiciones de (encendido y apagado) ,sin cables eléctricos expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	Extensión eléctrica	Extensiones con longitud suficiente de alcance de la toma al area de trabajo, debidamente aisladas , conectadas y sin empalmes.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	Cuenta con los elementos de protección personal para operar la pulidora	Mascarilla , gafas ,peto,asco , ventanilla , protección auditiva, guantes (vaqueta o camaza).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Verificar funcionamiente general (con pulidora energizada).	Sin vibraciones Movimientos o ruidos anormales y escobillas en buen estado (verifique que no emitan chispas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

RECOMENDACIONES

OPERE EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉS DE REALIZADA LA INSPECCIÓN DE PRE-USO

VERIFIQUE SI ESTE EQUIPO TIENE LA ETIQUETA DE ATENCION NO USAR

INFORME AL SUPERVISOR DE LA SECCIÓN CUALQUIER CONDICIÓN DE RIESGO EN EQUIPO

Fecha ultimo mantenimiento del equipo:

Observacion:

	REVISÓ (Operador del equipo)	**APROBÓ** (Residente SST)
NOMBRE Y APELLIDO	NELSON RAMIREZ	Dayana Espana
CARGO:	Oficial	SST
FIRMA:	NELSON RAMIREZ	

CONSORCIO EDT

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

Maquina: Pulidora

Obra: Metro Itdel

Horas inicio de semana: 9:00

Horas fin de semana: 5:00

Semana: 23-28 febrero

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Lun			Mar			Mie			Jue			Vie			Sab			Dom		
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
1	Protección del disco. (Guardas o carcasa de seguridad disco).	Fijas , en buenas condiciones, (que no estén rotas, sin fisuras) y en la posición correcta	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Disco	Correctamente Ajustado , sin fragmentaciones , sin fisuras y sin desgaste acentuado, de las mismas rpm que el equipo.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Mangos o puntos de apoyo	Que estén en perfecto estado, (que no estén rotos y sin fisuras), aislados y fijos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Cuerpo de la pulidora	Que este ensamblado, completo, debidamente aislado y sin fisuras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	Interruptores y / o pulsadores eléctricos de encendido y apagado.	Interruptores o pulsadores fijos, de fácil acceso, en buenas condiciones de (encendido y apagado) ,sin cables eléctricos expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	Extensión eléctrica	Extensiones con longitud suficiente de alcance de la toma al area de trabajo, debidamente aisladas , conectadas y sin empalmes.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	Cuenta con los elementos de protección personal para operar la pulidora	Mascarilla , gafas ,peto,asco , ventanilla , protección auditiva, guantes (vaqueta o carnaza).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Verificar funcionamiento general (con pulidora energizada).	Sin vibraciones Movimientos o ruidos anormales y escobillas en buen estado (verifique que no emitan chispas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

RECOMENDACIONES

OPERE EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉS DE REALIZADA LA INSPECCIÓN DE PRE-USO

VERIFIQUE SI ESTE EQUIPO TIENE LA ETIQUETA DE ATENCIÓN NO USAR

INFORME AL SUPERVISOR DE LA SECCIÓN CUALQUIER CONDICIÓN DE RIESGO EN EQUIPO

Fecha último mantenimiento del equipo:

Observacion:

	REVISÓ (Operador del equipo)	**APROBÓ** (Residente SST)
NOMBRE Y APELLIDO	NELSON RAMIREZ	DIANA ESAM
CARGO:	Oficial	SST
FIRMA:	NELSON RAMIREZ.	

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CDT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA: 23/02/2026

HORA: 8:00 am

FRENTE DE OBRA: Marco Fidel Suarez

CONTRATISTA: Consorcio Obras DT

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

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

	REVISO	APROBO
NOMBRE Y APELLIDO	Andres Gonzalez	Diyana Espinel
CARGO:	Encargado	SST
FIRMA:		

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CDT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA : 09/03/2026

HORA: 8:00 am

FRENTE DE OBRA: Marco Fidel Suarez

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 ítem 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	Andres Gonzalez	Dayana Cespedes
CARGO:	Encargado	SST
FIRMA:		

CONSORCIO OBRAS FDT-EDUCACIÓN

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA: 09/03/2026

HORA: 800 am

FRENTE DE OBRA: Colegio Marco Fidel

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 ítem 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	Andres Gonzalez	Daniela Esanez
CARGO:	Ingeniero	SST
FIRMA:		

CONSORCIO EDT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-39
VERSIÓN: 00
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 16 | MES 02 | AÑO 2026 | HORA: 800

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 21 | MES 02 | AÑO 2026 | HORA: 500

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio obras DT

ÁREA O LUGAR: Marco Fidel Suárez

Nº CONTRATO:

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelación de PAC

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 6

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

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

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

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

4 Requerimiento de documentos soporte (Revisados por el líder ejecutante)

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

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales?

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

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

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

7 Firmas Emisión y Recalificaciones

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

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

FECHA (día/mes/año)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
16-02-26	16-02-26 - 21-02-26		Cristian Enriquez Guillermo Enriquez Julian C Cristian Andres

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

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (día/mes/año) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-28
VERSIÓN: 00
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 23 | MES 02 | AÑO 2026 | HORA: 800

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 28 | MES 02 | AÑO 2026 | HORA: 500

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio obras DT

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Marco Fidel Suarez

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 6

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion de PAC

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora

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

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

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

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

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales? _____

Marque con "X" según aplique

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

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

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
16-02-26	16-02-26 - 17-02-26		Cedula Ramirez Guillermo Ramirez Jaime E Oscar Ruiz Andres E

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

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

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

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS ODT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20
VERSIÓN: 09
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 02 | MES 03 | AÑO 26 | HORA: 8:00

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 07 | MES 03 | AÑO 26 | HORA: 5:00 PM

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio obras OT

ÁREA O LUGAR: Nivel 1 Ala Este

Nº CONTRATO:

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion PAC

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR:

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

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

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

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

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

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

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales?

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

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

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

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

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
02-03-26	02-03-26 07-03-26		JONATHAN

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

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

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

OBSERVACIONES:

DT

SISTEMA DE GESTION SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-30
VERSIÓN: 00
REVISIÓN: 27/11/2024

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 09 | MES 03 | AÑO 26 | HORA: 8:00

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 19 | MES 03 | AÑO 26 | HORA: 5:00 PM

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio obras OT

Nº CONTRATO:

ÁREA O LUGAR: Alcalá Ficol Suarez

Nº PERSONAS EJECUTORAS: 3

ACTIVIDAD A REALIZAR: Remodelacion PAC

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR:

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

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

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

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

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

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

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

5 Requerimientos adicionales

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

¿Cuales?

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante)

Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

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

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

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

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

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
09-03-26	09-03-26 - 19-03-26		JONATHAN

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

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

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

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

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

OBSERVACIONES:

ENTREGA EPP

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

NOMBRE	Cristian Ramirez.	CEDULA No.	1.011206779
CARGO	Auxiliar.		

DOTACION ENTREGADA

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	17/02/26	Cristian Ramirez
2	Gafas	1	17/02/26	Cristian
3	Guantes	1	03/03/26	Cristian Ramirez
4	Guantes	1	09/03/26	Cristian Ramirez

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Dayana Espinel	CEDULA No.	52969201
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 he 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:

Cristian Ramirez.

CEDULA No: 1011200779

ACTIVIDADES DE OBRA


16 feb 2026 3:13:35 p. m.
52C-92 Carrera 25
Tunjuelito
Bogotá


16 feb 2026 3:13:27 p. m.
52C-92 Carrera 25
Tunjuelito
Bogotá


19 feb 2026 2:05:20 p. m.
52C-88 Carrera 25
Tunjuelito
Bogotá


24 feb 2026 2:34:55 p. m.
52C-88 Carrera 25
Tunjuelito
Bogotá

NUEVO MUZÚ

BASE DE DATOS PERSONAL

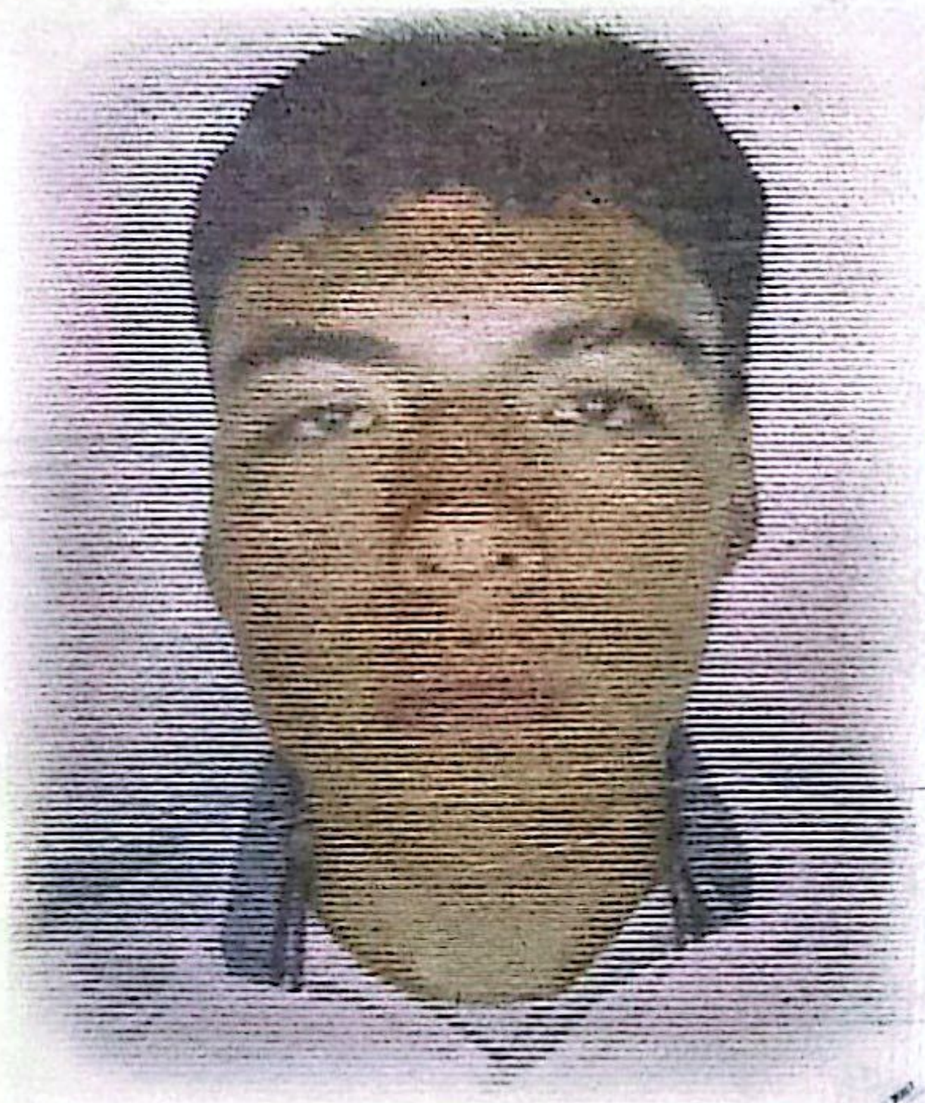
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**NUEVO MUZÚ**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	1.110.454.803	EDINSON ALBEIRO	TORRES SALCEDO	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	PROTECCION	9/12/2025		3/12/2025	N/A
2	1.106.738.994	ARGEMIRO	RAMOS ACERO	AYUDANTE	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	9/12/2025	14/02/2026	23/01/2026	N/A
3	1.032.386.686	MARCOS ADALBER	GALVIS CARDOZO	OFICIAL	SANITAS	POSITIVA	COLPENSIONES	07/01/2026		23/01/2026	N/A
4	1.010.840.328	DANIEL ALEJANDRO	BELTRAN RODRIGUEZ	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA		04/03/2026			N/A
5	1.073.679.830	BRANDON STIVEN	RATIVA BETANCUR	AYUDANTE		POSITIVA	PORVENIR	17/02/2026	23/02/2026	24/02/2026	N/A
6	6.811.968	CESAR AUGUSTO	ALCALA MATTEY	ELÉCTRICO	SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	26/02/2026		26/01/2026	N/A
7	79.510.176	MAURICIO	BERMUDEZ ROMERO	ELÉCTRICO	SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	02/03/2026		13/09/2026	N/A

DOCUMENTACIÓN INGRESO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.073.679.830



Apellidos
RATIVA BETANCUR

Nombres
BRANDON STIVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M



Fecha de nacimiento
15 ENE 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SOACHA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 ENE 2025, BOGOTA D.C.

Firma



Fecha de expiración
22 ENE 2035

Scanned with CamScanner

.08

0730207770

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0730207700150001<<<<<<<<<<<<<
0701156M3501221COL10736798300<3
RATIVA<BETANCUR<<BRANDON<STIVE

Scanned with CamScanner

CER_AFI_2026018358663

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Brandon Stiven Rativa Betancur identificado con CC. 1073679830 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/17	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16022026N1073679830A9274680.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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 STIVEN RATIVA BETANCUR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.679.830**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

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.

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	**149722**	**Fecha Impresión**	2026-02-24
Fecha Ingreso	2026-02-24 09:38:34	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	BRANDON STIVEN RATIVA BETANCUR	**CC**	1073679830
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AUXILIAR
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	2007-01-15
Edad	19 años	**Dirección**	
Teléfono	313	**Estado Civil**	Soltero(a)
N° Hijos	0		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-02-24 10:04:06	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	SSS E.P.S. SANITAS S.A.	**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 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 STIVEN RATIVA BETANCUR
CC 1073679830

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

Nombre:	Brandon Rativa	**Cedula:**	1073679830
Fecha:	20/02/2026	**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.



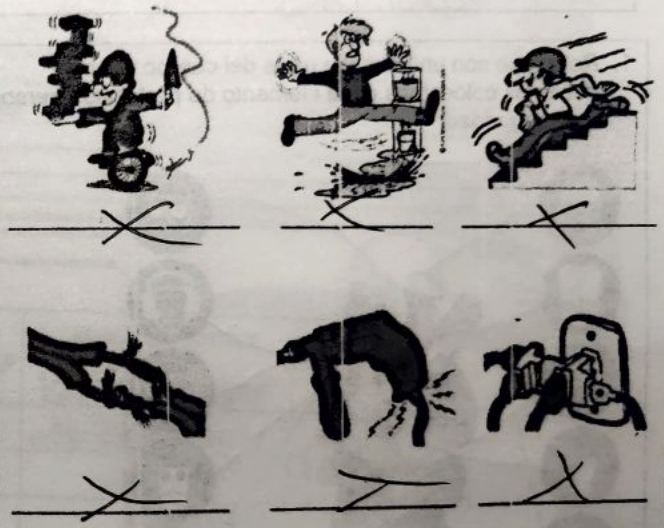
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - Físico
   - Mecanico
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 4

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1073679880

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

Nombres y Apellidos: Brandon Patiña **Fecha:** 25/02/2026

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

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

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:25:56 AM horas del 20/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073679830**
Apellidos y Nombres: **RATIVA BETANCUR BRANDON STIVEN**

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. 291732392

PIB
11:19:59

Bogotá DC, 21 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 STIVEN RATIVA BETANCUR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073679830:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

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 20 de febrero de 2026, a las 10:56:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073679830
Código de Verificación	1073679830260220105601

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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6811968

COL

ALCALA MATTEY
APELLIDOS

CESAR AUGUSTO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

30383401
DNI Nro

26-09-2001
FECHA DE NACIMIENTO

21-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

Cesar Alcala
FIRMA



E2053938

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6811968<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0109268M3105308VENE2053938<<<6
ALCALA<MATTEY<<CESAR<AUGUSTO<<

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016261599	0|4|0|2|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			
ALCALA Primer apellido	MATTEY Segundo apellido	CESAR Primer nombre	AUGUSTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	6811968	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
Venezuela	Venezuela			2|6|0|9|2|0|0|1

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
NINGUNA		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
AER 10 O 10 N 10 NORTE SUITE 10 SEC 10		3009547895	JADERYGABRIEL@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		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 AUTOPISTA NORTE CL 162 - VS AUTOPISTA NORTE CL 162	VSAUTONORT - VSAUTONORT
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)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 12 B 35 49	3443737	ENERGIZAINGENIERIASAS@GMAIL.COM	RISARALDA	PEREIRA

No de Radicacion
4016261599

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
	0|5|0|2|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

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 Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo 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.

Medellín, 26 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000006 - PROYECTO INDUSEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X6811968	ALCALA MATTEY CESAR AUGUSTO	05/02/2026		190B1554	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10882658132605737101

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/02/2026 10:18:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 192.230.104.9, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CESAR AUGUSTO ALCALA MATTEY**, identificado(a) con Permiso de Proteccion Temporal **6.811.968**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR con VINCULACION INICIAL** a partir del 20 de octubre de 2022 con saldo a la fecha de:

Saldo actual de la cuenta

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Mayor Riesgo	$2,671,578	$0	$0	$2,671,578

Se expide a solicitud del interesado el 04 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Verificar examen: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. ingreso	**58334**	**Fecha Impresión**	**26/01/2026**
Fecha Ingreso	**26/01/2026**	**Nombre**	**CESAR AUGUSTO ALCALA MATTEY**
otro	**6811968**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**AUXILIAR ELECTRICO**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**26/09/2001**	**Edad**	**24**
Dirección	**CR 36 A NO 1663**	**Teléfono**	**3213205812**
Estado Civil	**Soltero**	**# Hijos**	



Empresa a Laborar	**ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**	**Fecha de salida**	**26/01/2026**
Nombre Acompañante			

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL		
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

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.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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

Dr. Rodrigo Alejandro Méndez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
CC. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: CESAR AUGUSTO ALCALA MATTEY
CC:otro6811968

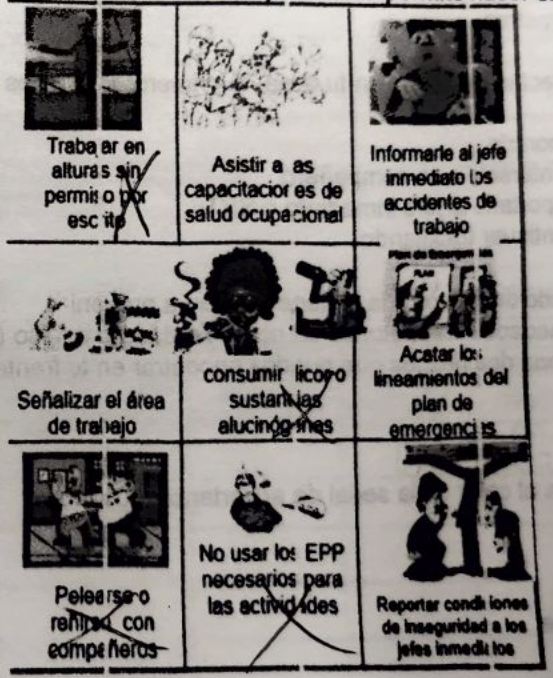
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre:	CESAR ALLAUCA	**Cedula:**	6811968
Fecha:	26/02/2026	**Cargo:**	ELECTRICISTA

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.



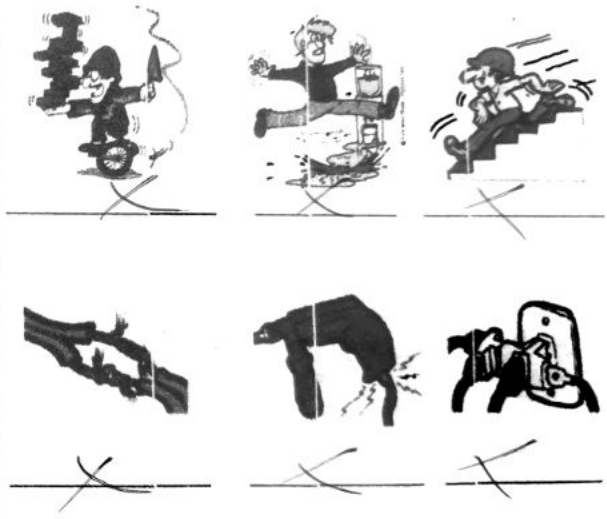
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - FISICO
   - PSICOSOCIAL
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100.

Oscar
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 6811968

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

Nombres y Apellidos: Cesar Alcala **Fecha:** 26/02/2026

Área: Operativo **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.

Cesar

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:58:00 PM horas del 17/03/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **6811968**

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

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 293071177

PIB
16:56:10

Bogotá DC, 17 de marzo 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) CESAR AUGUSTO ALCALA MATTEY identificado(a) con PPT número 6811968:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de marzo de 2026, a las 16:56:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	6811968
Código de Verificación	6811968260317165652

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.010.840.328**



Apellidos
BELTRAN RODRIGUEZ

Nombres
DANIEL ALEJANDRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.69	M

Fecha de nacimiento	G.S.
27 AGO 2003	O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 SEPT 2021, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
06 OCT 2035

Firma

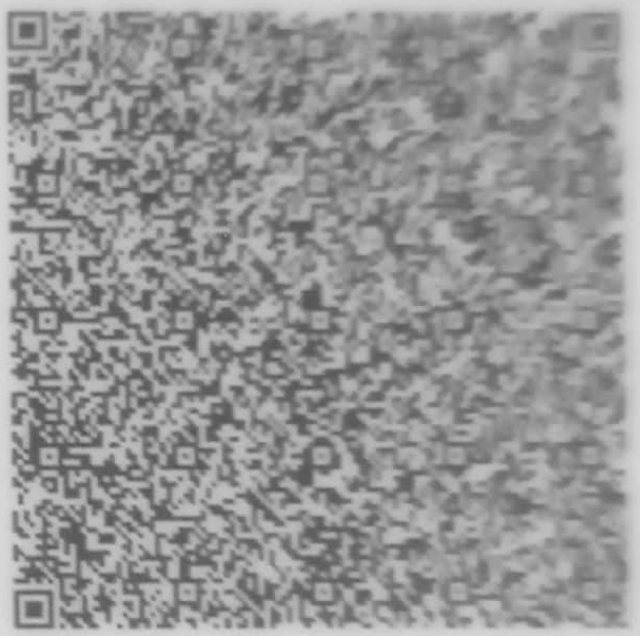


Powered by CamScanner

00

0816979 20

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL0816979200150O1<<<<<<<<<<<
0308278M3510063COL1010840328<6
BELTRAN<RODRIGUEZ<<DANIEL<ALEJ

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012723651
9012723651

No. de Radicación SAT: 30374347

Fecha de Radicación: 04 03 2026

1. 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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación: X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia: X; - Beneficiario o afiliado adicional:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades:	B. Colectiva:	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	C. Institucional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	D. De oficio:			D. Afiliado adicional:		

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BELTRAN	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: DANIEL	Segundo Nombre: ALEJANDRO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1010840328	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: X; T: NB: Otro: Cual:	COLOMBIANO/COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	TOLIMA	MARIQUITA	27 08 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
6	NINGUNO	SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: 0 Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	SIN AFP	$1.750.905	

26. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CARRERA 87K 69A SUR 23	NT	3150598486	ALEJANDROBELTRAN@HOTMAI

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA		Cabezera Municipal: X; Rural Disperso: ; Centro Poblado: ; Resto Rural:

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

27. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad: SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	4016
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AV CR 15 106 51 P 2	3835628		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 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 trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA	D D M M A A 04 03 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

Vigilado Supersalud

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012723651
9012723651

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ Identificación: CC 1010840328

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espóntanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Asi mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*“**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.” (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [ ] NO [X]

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ Identificación: CC 1010840328

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

CER_AFI_2026021110908

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Daniel Alejandro Beltran Rodriguez identificado con CC. 1010840328 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/04	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03032026N1010840328A11934860.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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:	Daniel Beltran	**Cedula:**	1010910328
Fecha:	05 Marzo 2026	**Cargo:**	Estudiante

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.



CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CDT

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

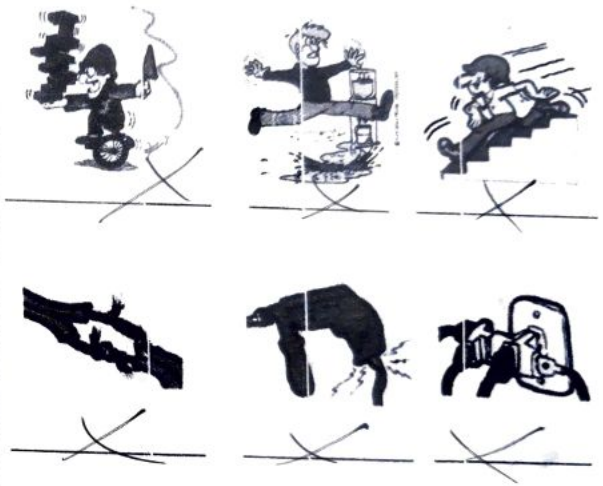
EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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
   - Biologico
   - Fisico
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:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1010840328

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

Nombres y Apellidos: Daniel Beltran **Fecha:** 05 Mar 2020

Área: Operativa **Cargo a desempeñar:** Ayudante

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

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

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

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:00:40 PM horas del 17/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010840328**
Apellidos y Nombres: **BELTRAN RODRIGUEZ DANIEL ALEJANDRO**

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. 293071612

PIB
17:01:49

Bogotá DC, 17 de marzo 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) DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010840328:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de marzo de 2026, a las 17:02:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010840328
Código de Verificación	1010840328260317170217

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
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 79.510.176
BERMUDEZ ROMERO
APELLIDOS
MAURICIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1969
SAN FRANCISCO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-OCT-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-01405584-M-0079510176-20231219
01380

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015497210	1|5|0|9|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			
BERMUDEZ Primer apellido	ROMERO Segundo apellido	MAURICIO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	79510176	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	SAN FRANCISCO			0|8|0|3|1|9|6|9

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
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PROTECCION	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 17 B 71 20		3106565656	MAURICIO10@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	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 ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
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)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 12 B 35 49	3443737	ENERGIZAINGENIERIASAS@GMAIL.COM	RISARALDA	PEREIRA

No de Radicacion
4015497210

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|6|0|9|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

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:
			1							1

- ☐ **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 Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo 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.

Medellín, 26 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000006 - PROYECTO INDUSEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79510176	BERMUDEZ ROMERO MAURICIO	16/09/2025		21351952	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10882658132605737082

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/02/2026 10:18:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 192.230.104.9, 172.16.42.57

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:

MAURICIO BERMUDEZ ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.510.176**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. ingreso	**55675**	**Fecha Impresión**	**13/09/2025**
Fecha Ingreso	**13/09/2025**	**Nombre**	**MAURICIO BERMUDEZ ROMERO**
CC	**79510176**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**ELECTRICISTA**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**8/03/1969**	**Edad**	**56**
Dirección	**CR 17 B NO 65 40**	**Teléfono**	**3229451445**
Estado Civil	**Casado**	**# Hijos**	



Empresa a Laborar	**ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**	**Fecha de salida**	**13/09/2025**

Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL		
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

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.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual-miopia control con optometría formulación lentes
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral- hipoacusia leve moderada control anual con audiometria

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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

Dr. Rodrigo Alejandro Méndez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
M.P. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: MAURICIO BERMUDEZ ROMERO
CC:CC79510176