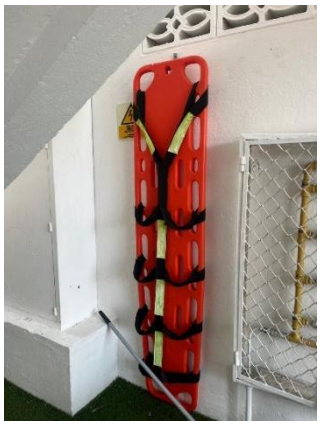
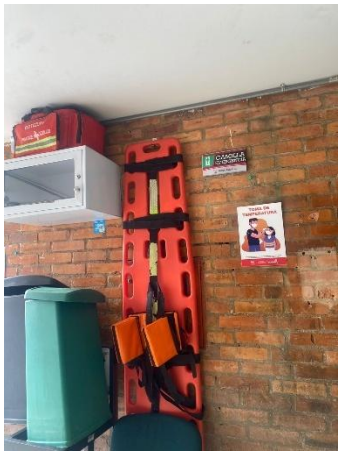
La conformación de las brigadas se formalizó mediante **actas de reunión por cada institución educativa,** las cuales se anexan al presente informe.

Así mismo, se efectuó la verificación de la disponibilidad y estado de los **elementos de atención de emergencias, t**ales como camilla, botiquín de primeros auxilios y extintores, conforme a las condiciones y necesidades de cada frente de obra.

13. REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ELEMENTOS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>SAN RAFAEL</td><td colspan="2">NUEVO MUZÚ</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">MARCO FIDEL</td></tr>
</table>

		
CLASS	**LEONARDO POSADA**	

REGISTRO FOTOGRAFICO SEÑALIZACIÓN Y CERRAMIENTO DE OBRA







VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Durante el periodo evaluado se llevó a cabo la reunión del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente aplicable. La actividad fue formalizada mediante la respectiva acta de reunión, en el cual se registraron temas tratados y las acciones definidas para el seguimiento en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El acta correspondiente se anexa en el presente informe como soporte documental.

Así mismo, durante el periodo evaluado se realizó la primera reunión del Comité de Convivencia Laboral, previamente conformado, en la cual se socializaron sus funciones, responsabilidades y la normativa aplicable, así como los lineamientos para la promoción de ambientes laborales sanos y el adecuado manejo de situaciones relacionadas con la convivencia.

PROGAMA DE MANEJO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN, DEMOLICIÓN Y EXCEDENTES DE EXCAVACIÓN

Con el fin de garantizar la adecuada gestión de los residuos de construcción, demolición y excedentes de excavación generados por las actividades del proyecto, durante el periodo comprendido entre el **14 de abril de 2026 y el 13 de mayo de 2026** no se realizo transporte ni disposición final de residuos de construcción.

14. ACTIVIDADES DE ORDEN Y ASEO EN EL PROYECTO

En los diferentes frentes de obra se llevaron a cabo actividades permanentes de orden y aseo, orientadas al mantenimiento de condiciones adecuadas del entorno de trabajo durante la ejecución

de los procesos constructivos, contribuyendo a la seguridad, organización y limpieza de las áreas laborales.





Fotografía: Orden y aseo

15. CONCLUSIONES

- Durante el periodo comprendido entre el **14 de abril de 2025 y el 13 de mayo de 2026**, el proyecto dio cumplimiento a las actividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, desarrollando acciones de promoción, prevención y control orientadas a la protección de la integridad y salud de los trabajadores.
- Las actividades de inducción, capacitación, inspecciones de seguridad, entrega y verificación de uso de Elementos de Protección Personal y seguimiento a las condiciones de trabajo permitieron mantener un control adecuado de los riesgos identificados en los frentes de obra, fortaleciendo la cultura de autocuidado y el cumplimiento de los procedimientos de seguridad.
- Durante el periodo evaluado no se registraron accidentes de trabajo ni enfermedades laborales, lo cual evidencia la efectividad de las medidas preventivas implementadas y el compromiso del personal y los subcontratistas con la aplicación del SG-SST.
- El proyecto cuenta con los registros, actas y soportes documentales que evidencian el desarrollo de las actividades en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, los cuales se anexan al presente informe para verificación y seguimiento por parte de la interventoría.
- Se continuará con la ejecución y fortalecimiento de las acciones establecidas en el SG-SST, manteniendo el seguimiento permanente a las condiciones de trabajo, con el fin de prevenir

la ocurrencia de incidentes, accidentes y enfermedades laborales durante la ejecución del proyecto.

VILLA RICA

BASE DE DATOS PERSONAL

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**VILLA RICA**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	1.011.200.779	CRISTIAN DAVID	Ramírez Páez	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA		18/02/2026			N/A
2	80.113.959	LISANDRO MAURICIO	VILLADA	OFICIAL	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR	22/04/2026			N/A

DOCUMENTACIÓN INGRESO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.200.779



Apellidos
RAMIREZ PAEZ

Nombres
CRISTIAN DAVID

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	M

Fecha de nacimiento
10 OCT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 NOV 2022, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
30 NOV 2032

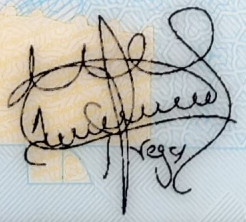
Firma

Cristian David Ramirez

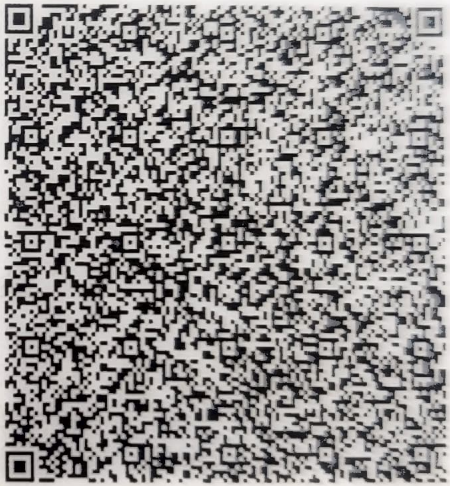
.CO

009598957





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0095989574150O1<<<<<<<<<<<
0410106M3211304COL1011200779<9
RAMIREZ<PAEZ<<CRISTIAN<DAVID<<

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012687213
9012687213

No. de Radicación SAT: 30316982

Fecha de Radicación: 18 02 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 ☐ 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 X B. Subsidiado ☐	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	PAEZ	CRISTIAN	DAVID
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1011200779	Femenino ☐ Masculino X	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			10 D 10 M A 2004 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				
AV CR 15 106 51 P 2	3835628		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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
	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_2026018602646

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Cristian David Ramirez Paez identificado con CC. 1011200779 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: **CC17022026N1011200779A9499879.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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	**149723**	**Fecha Impresión**	2026-02-24
Fecha Ingreso	2026-02-24 09:45:25	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	CRISTIAN DAVID RAMIREZ PAEZ	**CC**	1011200779
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	AYUDANTE
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	2004-10-10
Edad	21 años	**Dirección**	
Teléfono	3133863892	**Estado Civil**	Soltero(a)
N° Hijos	0		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-02-24 10:05:18	**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. FAMISANAR LTDA. CAFAM COLSUBSIDIO	**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
Licencia 0778 26/05/2021

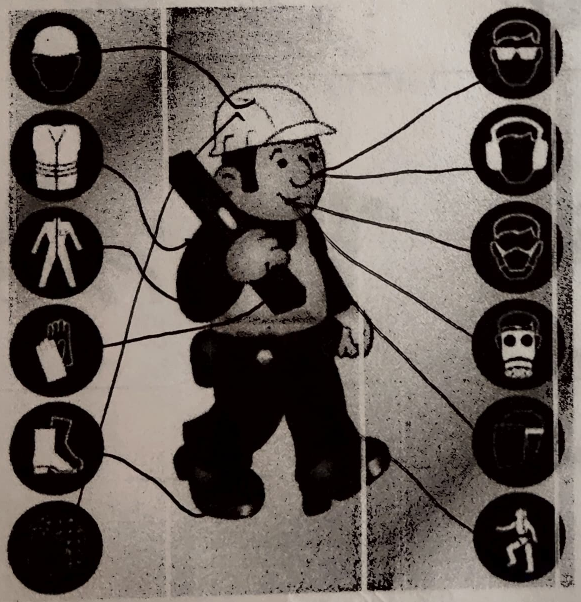
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: CRISTIAN DAVID RAMIREZ PAEZ
CC 1011200779

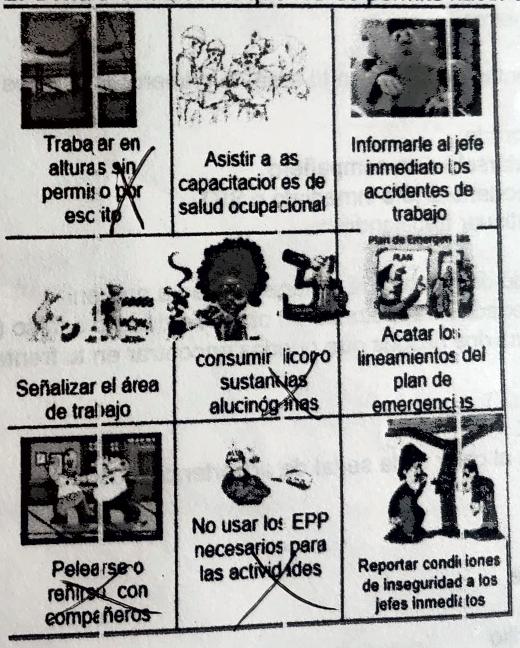
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre:	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.



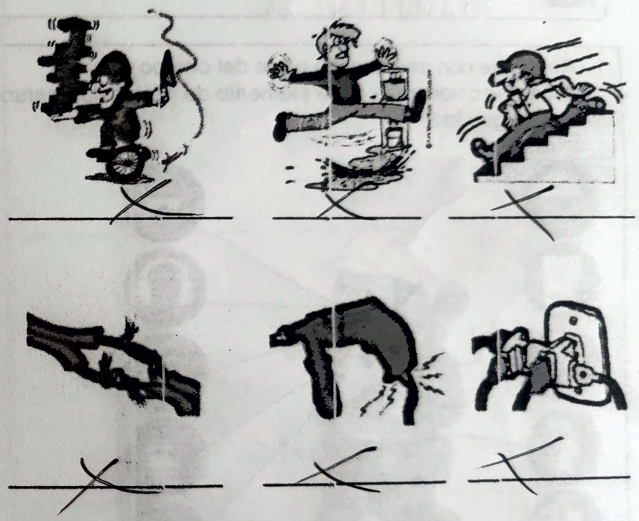
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.113.959

VILLADA

APELLIDOS

LISANDRO MAURICIO

NOMBRES

Mauricio Villada





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-MAR-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00171627-M-0080113959-20090821 **0015**244180A 1 1170013053

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

189366414

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
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 X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Villada		Lisandro	Mauricio

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80773959	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	Co

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	
Colombia	Bogota	Bogota	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1'750.905	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Cl 48b Sur 8A - 62 este		
Teléfono Celular	Correo Electrónico	
3134589184	lisandrovillada@hotmail.com	

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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

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

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	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 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
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

A. AFILIACIÓN

OEIX SAS - NIT 900156826-1 1000944590 01 0230

C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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 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	NIT	901407518	

59. Ubicación
Dirección

Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] 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	F M T NB Otro Cuál	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	02 04 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Lisandro Villada	

X. ANEXOS

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

ESP SANITAS
RECIBIDO PARA AFILIACIÓN
POR LA EPS
Recibido por:
Fecha 27-04-2026

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

NIT: 9006154113
ASCIRTEN

OBSERVACIONES:

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

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

FORMULARIO DE NOVEDADES

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LISANDRO MAURICIO VILLADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.113.959**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Abril 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.

CER_AFI_2026026653569

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Lisandro Mauricio Villada identificado con CC. 80113959 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	2026/04/22	**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 21 días del mes de abril 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: **CC21042026N80113959A17364738.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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	**146708**	**Fecha Impresión**	2026-01-24
Fecha Ingreso	2026-01-23 10:27:10	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	LISANDRO MAURICIO VILLADA	**CC**	80113959
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	OFICIAL
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1980-08-28
Edad	45 años	**Dirección**	
Teléfono	321458145	**Estado Civil**	Union Libre
N° Hijos	2		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2026-01-23 16:38:47	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	ASMET SALUD	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	SSS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	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 Trabajador

USO DE RX VISUAL

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dra. Martha C. Osorio Garcia
Medico Laboral
Lic. 0778 26/05/2021

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

Firma del trabajador: LISANDRO MAURICIO VILLADA
CC 80113959

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CDT

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

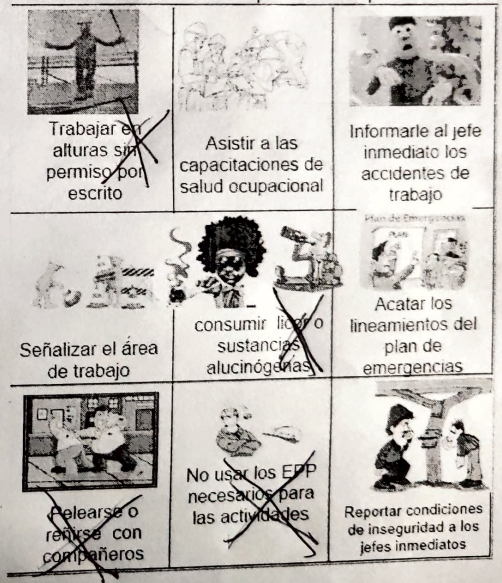
EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre:	Lisandro Mauricio Ullada.	**Cedula:**	1000 614 138
Fecha:	28-04-26	**Cargo:**	Soldador

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
   - Ergonomico

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:

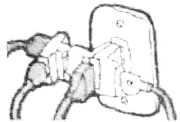

X


X


X


X


X


X

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

Mauricio

FIRMA TRABAJADOR

C.C: 80173959

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

Nombres y Apellidos: Lisandro Mauricio Ulloa **Fecha:** 28-04-26

Área: Operativo **Cargo a desempeñar:** Soldador

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

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

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

Mauricio

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:46:18 PM horas del 26/05/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80113959**
Apellidos y Nombres: **VILLADA LISANDRO MAURICIO**

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

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

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

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

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 296713987

PIB
12:47:27

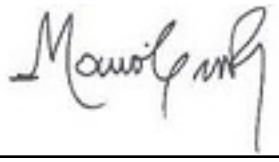
Bogotá DC, 26 de mayo del 2026

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) LISANDRO MAURICIO VILLADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80113959:

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 26 de mayo de 2026, a las 14:07:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80113959
Código de Verificación	80113959260526140707

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CHARLAS Y CAPACITACIONES

CONSORCIO EDT

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa Rica						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Socialización analisis de trabajo seguro						
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez				DURACIÒN:	5 min	
FECHA:	15 de abril de 2026		LUGAR:	Cuarto de tanques			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Cristian David Ramirez	1.011.200.779	Cristian
2.	Lisandro Mauricio Villada	80.113.959	Lisandro Villada

OBSERVACIONES

se realiza jornada de aseo y pausas activas

Powered by CamScanner

CONSORCIO CDT

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa Rica						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Reporte de actos y condiciones inseguras						
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez				DURACIÒN:	5 min	
FECHA:	22 de abril de 2026			LUGAR:	Cuarto de tanques		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Cristian David Ramirez	1.011.200.779	Cristian
2.	Lisandro Mauricio Villada	80.113.959	Mauricio Villada

OBSERVACIONES

Se realiza jornada de aseo y Pausas activas

Powered by CamScanner

CONSORCIO CONSTRUCTIVAS EDT

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa Rica						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	¿Que hacer en caso de sismo?						
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez				DURACIÓN:	5 min	
FECHA:	29 de abril de 2026		LUGAR:	Cuarto de tanques			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Cristian David Ramirez	1.011.200.779	Cristian
2.	Leandro Mauricio Villada	80.113.959	Mauricio Villada

OBSERVACIONES

Se realiza jornada de aseo y pausas activas

Powered by CamScanner

CONSORCIO CDT

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Villa Rica						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Actividad Seguia - Trabajo en caliente						
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÒN:	5 min		
FECHA:	06 de mayo de 2026		LUGAR:	Cuarto de tanques			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Cristhan David Ramirez	1.011.200.779	Cristian
2.	Lisandro Mauricio Villada	80.113.959	Mauricio Villada

OBSERVACIONES

Se realiza jornada de aseo y pausas activas

Powered by CamScanner