ANEXO 3. INFORME SST

INFORME MENSUAL SST

PERIODO

Del 14 DE ENERO AL 13 DE FEBRERO 2026.

OBJETO DEL CONTRATO

"***ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS.***"

UBICACIÓN

Plantas Físicas de la secretaría de Educación del Distrito de Bogotá- Lote 8.

ELABORADO POR:
PABLO ANDRES AVILA ABAUNZA
LICENCIA 1027 DE 23/01/2018
RESIDENTE HSEQ
CONSORCIO CORAL INGENIERÍA



ELABORADO	*APROBADO*
FIRMA	**FIRMA**
NOMBRE: **PABLO ANDRES AVILA ABAUNZA**	**NOMBRE:** **DIANA STEFANIA PARRA BOHORQUEZ** **Representante Legal**
CEDULA **1.012.329.511**	**CEDULA** **1.049.651.620**
TARJETA PROFESIONAL **N 1027 DE 23-01-2018**	

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 6
2.1. OBJETIVO GENERAL. 6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
3. GENERALIDADES DEL PROYECTO 6
3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 6
3.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO DE OBRA 7
3.3. ALCANCE DEL PROYECTO DE OBRA. 8
4. EJECUCIÓN Y CONTROL DEL SG SST EN OBRA 9
4.1. MANEJO SST FRENTE DE OBRA. 9
4.2. SEGUIMIENTO DEL PERSONAL CONTRATO 10
4.2.1. PERSONAL NUEVO 10
4.2.2. ANTIGUO 11
4.2.3. RETIRO 12
4.2.4. INGRESO RETIRO 12
4.3. ANALISIS SEGUIMIENTO DE PERSONAL DEL CONTRATO 12
4.4. ENTREGA DE EPI CONTRATO DEL CONTRATO 13
4.5. INDUCCIONES DEL CONTRATO. 15
4.6. EXÁMENES DEL CONTRATO 16
4.7. EXÁMENES CORRESPONDIENTES AL CONTRATO 16
4.8. PLAN DE EMERGENCIAS. 20
4.8.1. CAMILLAS, EXTINTORES Y BOTIQUINES 20
4.9. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL 21
4.9.1. SANEAMIENTO BÁSICO 21
4.10. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL 21
4.10.1. PROGRAMA DE INSPECCIONES 21
4.10.2. Listado de maquinaria y equipos y vehículos inspeccionados. 22
4.11. ACTOS INSEGUROS, CONDICIONES INSEGURAS. 22

4.11.1. CAPACITACIONES. 23

4.11.2. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS 24

4.12. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 24

4.12.1. MORBILIDAD Y AUSENTISMO 24

4.12.2. TAREAS DE ALTO RIESGO 24

4.12.3. ACCIDENTALIDAD 25

4.12.4. INDICADORES SST 25

4.13. SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA 27

4.13.1. COMITÉS 28

4.14. REGISTRO FOTOGRÁFICO. 29

5. CONCLUSIONES SST 34

6. ANEXOS 35

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de las funciones de contratista adquiridas a través del contrato **OBRA SED-LP-OP-DCCEE-012-2025** realizó el contrato "***ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS.*"**, correspondiente al periodo comprendido entre el 14 de Enero al 13 de Febrero de 2026.

Registro y control del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) del proyecto, el cual incluye la gestión de documentos de ingreso del personal (inducciones, entrega de EPP, afiliaciones, notificación de riesgos y exámenes de ingreso) y de retiro (paz y salvos y confirmación del cumplimiento de los requisitos de cierre). Asimismo, abarca el registro del pago de seguridad social y honorarios del personal vinculado al proyecto, los soportes de formación e inspecciones, el reporte de actos y condiciones inseguras, los informes de accidentalidad e incidentes, el seguimiento al cumplimiento de los indicadores establecidos por el contratista de obra y el reporte del avance del plan de trabajo y de la gestión realizada, conforme a los formatos SST aplicables al proyecto.

Es importante resaltar que todas las actividades desarrolladas en este componente se articulan con las acciones ejecutadas por el área técnica, garantizando así el cumplimiento permanente de los objetivos establecidos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Presentar los registros de ejecución y control de las actividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondientes al contrato de obra SED-LP-OP-DCCEE-012-2025, ejecutado por el Consorcio Coral Ingeniería.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actividades desarrolladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Generar registros que evidencien el cumplimiento de las actividades del SG-SST por parte del contrato de obra.
- Dar cumplimiento a la totalidad de las actividades del SG-SST, conforme a lo establecido en el contrato y en las leyes, decretos, resoluciones, normas, manuales y guías vigentes en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ejecutar las medidas de prevención y control definidas para la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cumplir con el reporte de los pagos de seguridad social del personal de obra.
- Reportar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el SG-SST.
- Garantizar la documentación mínima requerida para el personal nuevo, activo y en retiro.
- Cumplir con los lineamientos del SG-SST establecidos por la entidad contratante.
- Reportar el manejo y seguimiento de la accidentalidad presentada en el proyecto.
- Informar el cumplimiento del plan de formación establecido en el contrato.

3. GENERALIDADES DEL PROYECTO

3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Durante el período cubierto por este informe, el Consorcio Coral Ingeniería ha atendido los requerimientos planteados por la secretaría de Educación, cumpliendo con las actividades de ejecución establecidas en el proyecto.

DESCRIPCIÓN	OBRA
N° de Contrato	SED-LP-OP-DCCEE-012-2025
Nombre	CONSORCIO CORAL INGENIERÍA
NIT	901973411-7
Objeto	"ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS."
Plazo Total Estimado del Contrato	Siete (7) Meses
Adición al contrato	-
Total, de meses de ejecución	Siete (7) Meses
Fecha inicio	14 de octubre 2025
Fecha finalización	13 de mayo 2026
Fecha finalización adición	-
Representante Legal	DIANA STEFANIA PARRA BOHORQUEZ
Residente SST	PABLO ANDRES AVILA ABAUNZA
Dirección	CR 2 B ESTE 72 - 36

Tabla 1. Datos generales del proyecto
Fuente. Autor

3.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO DE OBRA

El proyecto consiste en adelantar obras de adecuación, mejoramiento y mantenimiento correctivo de las plantas físicas de la Secretaría de Educación del Distrito, así como en ejecutar obras menores orientadas a la atención de emergencias y necesidades físicas prioritarias. Estas acciones tienen como

propósito garantizar el funcionamiento y la adecuada prestación del servicio en la infraestructura física de los colegios distritales y de las sedes administrativas.

Las intervenciones se llevarán a cabo en las instalaciones correspondientes al Lote 8.

CPF	Localidad	Colegio	Sede Educativa	Dirección	Zona
612	TUNJUELITO	RAFAEL URIBE URIBE	SEDE B - NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	CL 48B SUR # 28 - 75	SUR OCCIDENTE
829	KENNEDY	LA FLORESTA SUR	SEDE A - LA FLORESTA SUR	KR 68 B BIS # 1 - 09 SUR	SUR OCCIDENTE
601	TUNJUELITO	CENTRO INTEGRAL JOSE MARIA CORDOBA	SEDE A - JOSE MARIA CORDOBA	DG 48B SUR # 24 B - 73	SUR OCCIDENTE
849	KENNEDY	CARLOS ARTURO TORRES	SEDE A - CARLOS ARTURO TORRES U REP DE FINLANDIA	TV 72 B # 44C - 19 SUR	SUR OCCIDENTE
803	KENNEDY	CARLOS ARTURO TORRES	SEDE B - CENT. DEF. MENTAL REP. DE FINLANDIA	TV 72 B # 44C - 08 SUR	SUR OCCIDENTE
816	KENNEDY	FRANCISCO MIRANDA	SEDE A - FRANCISCO DE MIRANDA	DG 41 SUR # 73 A - 80	SUR OCCIDENTE
617	TUNJUELITO	RUFINO JOSÉ CUERVO	SEDE C - NUEVO TUNJUELITO	CL 58 A SUR # 12 A - 25	SUR OCCIDENTE
609	TUNJUELITO	JOSE ANTONIO RICAURTE SAN CARLOS	SEDE B SAN CARLOS	KR 19 # 50 - 37 SUR	SUR OCCIDENTE

Tabla 2. Localización del contrato
Fuente. Autor.

3.3. ALCANCE DEL PROYECTO DE OBRA.

El alcance de este informe del SG-SST incluye la revisión de las condiciones de seguridad durante las actividades de mantenimiento realizadas en las sedes de la Secretaría de Educación del Distrito de Bogotá, Lote 8. Comprende la identificación de riesgos, la verificación del uso de equipos de protección personal, el seguimiento a las medidas preventivas implementadas y el registro de incidentes o condiciones inseguras observadas durante la ejecución de las labores.

ACTIVIDADES DE OBRA PROGRAMADAS

Las actividades constructivas realizadas durante el presente período fueron las siguientes:

No	ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS
1	Relleno y fundida piso Colegio Rufino Cuervo Sede C
2	Excavación Armado y fundida de cárcamo Rafael Uribe Uribe
3	Instalación de polisombra en cancha para delimitación Rafael Uribe Uribe Sede
4	Instalación de cubierta Colegio Carlos Arturo Sede B
5	Pintura de salones y fachada Colegio Rafael Uribe Uribe Sede
6	Cambio de tubería cableado eléctrico encontrado en excavación de cárcamo Colegio Rafael Uribe Uribe Sede
7	Fabricación e Instalación de rejilla cárcamo
8	Instalación de cubierta colegio Rafael Uribe Uribe
9	Aplicación de asfalto Colegio Carlos Arturo Torres Sede B
10	Levantamiento de asfalto colegio Rafael Uribe Uribe
11	Instalación Cielo Razo salones Colegio Carlos Arturo Torres Sede B
12	Relleno de cancha Colegio Rafael Uribe Uribe
13	Instalación Lámparas salones Colegio Carlos Arturo Torres Sede B
14	Retiro de enchape y baterías sanitarias piso 2 Colegio Carlos Arturo Torres sede A
15	Instalación de lámparas Salones Colegio Rafael Uribe Uribe

Tabla 3. Actividades ejecutadas en el periodo de reporte
Fuente. Autor

4. EJECUCIÓN Y CONTROL DEL SG SST EN OBRA

4.1. MANEJO SST FRENTE DE OBRA.

Durante el período del presente informe, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los estándares de seguridad, bienestar y operación establecidos en el proyecto, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Afiliación del personal de la etapa de construcción al Sistema General de Seguridad Social.
- Inducciones de ingreso para el personal.
- Actividades de prevención y promoción de la salud.
- Instalación de señalización y equipos de emergencia.
- Seguimiento y reporte de accidentalidad.
- Monitoreo y reporte de actos y condiciones inseguras.
- Registro de tareas de alto riesgo.
- Reporte del programa de inspección.

- Implementación del plan de formación.

4.2. SEGUIMIENTO DEL PERSONAL CONTRATO

Durante el período correspondiente al presente informe, se llevó a cabo la gestión y supervisión del personal, presentando el siguiente manejo en cuanto a asignación, seguimiento y control de actividades:

4.2.1. PERSONAL NUEVO

Durante el período de reporte, se registró el ingreso de Diez y siete (14) personas. En el Anexo 1 se incluyen los documentos de soporte correspondientes, tales como cédula, certificados de ARL, EPS y AFP, examen médico de ingreso, inducción y constancias de antecedentes.

No	CONTRATISTA	CONTRATO	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	TIPO
1	Consorcio Coral ingeniería	Obra labor	VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO	118569865	Directora de Obra	26/01/2026	Administrativo
2	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	JOSE ANIBAL BOYACA NOVA	80419338	Oficial	14/01/2026	Operativo
3	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINAL	79249288	Oficial	14/01/2026	Operativo
4	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	EDILBERTO BOYACA NOVA	80133819	Oficial	14/01/2026	Operativo
5	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	SILVESTRE VARGAS DIAZ	88232713	Maestro	14/01/2026	Operativo
6	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	LIOBEL ASDRUBLA GONZALEZ ORTIZ	17586273	Maestro	14-01-2026	Operativo
7	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra labor	MILTON NARCICIO SANTANA OJEDA	17589650	Oficial	14-01-2026	Operativo
8	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.	Obra Labor	EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS	1094161820	Ayudante	14-01-2026	Operativo
9	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra Labor	RONAL ALBERTO MENA QUINTERO	14326441	Oficial	14-01-2026	Operativo

10	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra Labor	EDUAR JOSE ARTEAGA BOLIVAR	6841838	Ayudante	14-01-2026	Operativo
11	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra Labor	ELKIN JOSE AMAYA GARCIA	1081795189	Oficial	14-01-2026	Operativo
12	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra Labor	EDWIN EVELIO GAITAN SIGUA	1022960580	Pintor	14-01-2026	Operativo
13	C.A.C INSTALACIONES ELECTRICAS S.A.S.	Obra Labor	CESAR ACOSTA CRUZ	1104068566	Eléctrico	15-01-2026	Operativo
14	C.A.C INSTALACIONES ELECTRICAS S.A.S..	Obra Labor	CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO	1073701753	Eléctrico	15-01-2026	Operativo

Tabla 4. Seguimiento ingreso de personal del Contrato
Fuente . Autor.

4.2.2. ANTIGUO

Durante el periodo de reporte se contó con la colaboración de 9 trabajadores de carácter antiguo, relacionados a continuación:

No	CONTRATISTA	CONTRATO	NOMBRE	CEDULA	CARGO	INGRESO	TIPO
1	Consorcio Coral ingeniería	Obra labor	Lina Mazuera Valbuena	1072593718	Inspectora de obra	18/09/2025	Administrativo
2	Consorcio Coral ingeniería	Obra labor	Pablo Andrés Ávila Abaunza	1.012.329.511	Residente QHSE	30/12/2025	Administrativo
3	Consorcio Coral ingeniería	Obra labor	Angélica María Estrada Avella	1.118.569.865	Residente de obra.	05/01/2026	Administrativo
4	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra labor	Wilmer Vivas	5902274	Ayudante	4/12/2025	Operario
5	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra labor	José Alexander Blanco	PPT 3.369.938	OFICIAL	22/12/2025	Operativo
6	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra labor	Danilo Chaparro	4214786	Oficial	2/12/2025	Operario
7	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra labor	Pablo Alberto Rodríguez Pedreros	3.234.558	OFICIAL	22/12/2025	Operativo
8	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Obra labor	Benjamín Eustorgio	1.005.677.476	PINTOR	05/01/2026	Operativo
9		Obra labor	Yajany Galeano Toledo	88131466	Oficial	18/11/2025	Operario

	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S						

Tabla 5. Seguimiento personal antiguo del Contrato
Fuente. Autor

NOTA: Se informa que en el **anexo 2** se adjuntan planillas de seguridad social correspondientes a trabajadores antiguos.

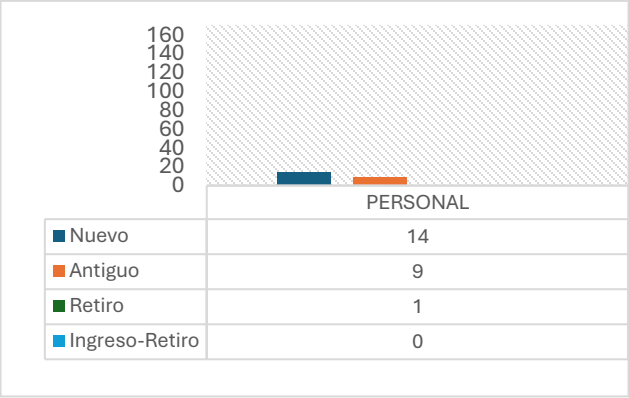
4.2.3. RETIRO

En el marco del seguimiento administrativo del contrato en mención, se informa que durante el periodo reportado se presentó el retiro de **Yady Patricia Castillo**, C.C. 52.847.526, quien se desempeñaba como directora de Proyecto. En cumplimiento de los artículos 64 y 65 del Código Sustantivo del Trabajo, la empresa realizó la liquidación definitiva de salarios y prestaciones sociales, efectuando el pago correspondiente mediante transferencia bancaria. El documento de paz y salvo fue remitido al correo electrónico registrado por la excolaboradora; no obstante, no se obtuvo respuesta ni el documento firmado. Se adjuntan como soportes la liquidación final, el comprobante de pago y la constancia de envío del correo, acreditando así el cumplimiento integral de las obligaciones laborales. (ver Anexo 9)

4.2.4. INGRESO RETIRO

Durante el periodo de reporte se presentaron 17 ingresos y 1 retiro en el contrato.

4.3. ANALISIS SEGUIMIENTO DE PERSONAL DEL CONTRATO

SEGUIMIENTO DE PERSONAL DEL CONTRATO	
	**Total, personal:** 23 Trabajadores Nuevo: 14 personas Antiguo: 9 personas Retiro: 1 personas En el **anexo 3** se presenta el Formato seguimiento de personal en el Reporte de Personal

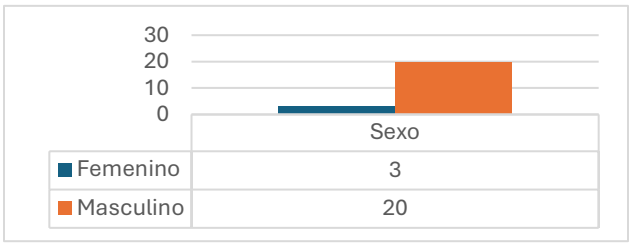
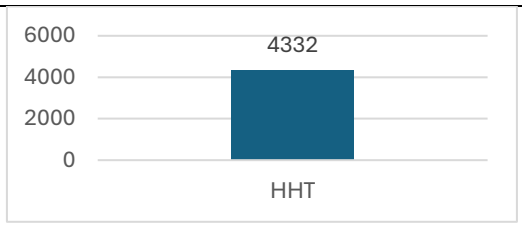
SEGUIMIENTO DE PERSONAL DEL CONTRATO	
	73,0.8% Masculino: 20 trabajadores 26.92% Femenino: 3 trabajadoras
	En el mes de reporte se registraron 4332 horas hombres trabajadas.

Tabla 6. Análisis seguimiento personal del contrato
Fuente. Autor

4.4. ENTREGA DE EPI CONTRATO DEL CONTRATO

Durante el período reportado, se realizó la entrega de equipos de protección personal (EPP) a los trabajadores de nuevo ingreso, así como la reposición de los equipos cuando fue necesario. En el Anexo 4 se adjuntan los soportes de entrega de EPP, debidamente firmados por cada uno de los trabajadores.

No	NOMBRE	CEDULA	CARGO	Fecha de entrega epp	EPP ENTREGADOS					
					Chaleco	Casco	Guantes	Gafas	Tapa oídos	Mascarillas
1	Ronal Mena	14326441	Oficial	14/01/2026	0	1 Amarillo	3 PAR NITRILO	0	0	2 Material particulado
2	Edwin Gaitan	1022960580	Pintor	14/01/2026	0	1 Amarillo	2 PAR NITRILO	0	0	2 Material particulado
3	Danilo Chaparro	4214786	OFICIAL	24/01/2026	0	0	1 CAUCHO 1 NITRILO	1 transparentes	0	1 Material particulados
4	Wilmer ViVas	5902274	Ayudante	26/01/2026 3/01/2026	0	0	2 Guantes de nitrilo	0	0	0
5	Juan Contreras	1101815358	Oficial	26-01-2026 0-02-2026	0	0	2 Guantes de Nitrilo	0	0	0
6	Milton Santamaria	17589650	Oficial	14/01/2026	1	1 Verde	3 Guantes de Nitrilo	1 Transparentes	1 Inserción	0
7	Edwin Vargas	1094161820	Ayudante	14/01/2026	1	1 Amarillo	3 Guantes de Nitrilo	1 Transparentes	1 Inserción	0
8	Liobel Arnulfo Gonzales	17566273	Maestro	14/01/2026	1	1 Verde	3 Guantes de nitrilo	1 Transparente	1 Inserción	0
9	Silvestre Vargas	88232713	Maestro	14/01/2026	1	1 Verde	3 Guantes de nitrilo	1 transparentes	1 Inserción	0
10	Carlos Cristancho	1073701753	Electrico	15/01/2026	0	1 Blanco	1 Guante de nitrilo	0	0	Material particulado
11	Cesar Acosta	1104068566	Electrico	15/01/2016	0	1 Blanco	1 Guantes de Nitrilo	0	0	1 Material Particulado
12	Anibal Boyaca Nova	80419338	Oficial	14/01/2026	1	1 Verde	3 Nitrilo	0	0	3 Materiales particulados
13	Edilberto Boyaca Nova	80133819	Oficial	14/01/2026	1	1 Verde	3 Nitrilo	0	0	3 material particulado
14	Miguel Rojas	79249288	Oficial	14/01/2026	1	1 verde	3 Nitrilo	0	0	3 material Particulado
15	Alejandra Salas	118569865	Directora de Obra	26/01/2026	0	1 Blanco	0	1 Transparentes	1	0
16	Elkin José Amaya García	1081795189	Oficial	14/01/2026	1	1 Amarillo	1 Guante Nitrilo	0	0	3 Material Particulado
17	Eduar José Arteaga Bolívar	6841838	Ayudante	14/01/2026	0	1 Amarillo	1 Guante Nitrilo	0	0	1 Material particulado
Total					8	17	39	6	4	23

Tabla 7. Entrega de EPP del contrato Fuente. Autor

A continuación, se relaciona el manejo de los EPP por la CONSORCIO CORAL INGENIERÍA:

SEGUIMIENTO	Feb-26
ENTREGA INGRESOS	14
REPOSICIÓN	3
TOTAL	17

Tabla 8. Cobro de EPP del contrato
Fuente. Autor.

4.5. INDUCCIONES DEL CONTRATO.

Durante el periodo la empresa CONSORCIO CORAL INGENIERÍA llevó a cabo diecisiete (17) inducciones corporativas (ver Anexo 1). Algunos de los temas abordados durante estas inducciones fueron:

Presentación de la empresa y generalidades.

- Políticas corporativas (HSEQ, No alcohol, drogas y tabaquismo, seguridad vial, derechos humanos, no acoso laboral, cliente).
- Presentación del sistema integrado de gestión.
- Control y distribución de documentación.
- Aspectos legales en seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente.
- Deberes y derechos del sistema de riesgos laborales.
- Peligros para la seguridad y salud en el trabajo presentes en la labor, así como sus medidas de prevención y control.
- Formación, prevención y peligros de orden público en la zona.
- Aspectos e impactos ambientales presentes en la labor, así como sus medidas de prevención y control.
- Programas del sistema integrado de gestión (Gestión de riesgos, Programas de Vigilancia Epidemiológica y Gestión Ambiental).
- Reglamentos de higiene y seguridad industrial (ARL de la empresa).
- Uso adecuado y mantenimiento de los Elementos de Protección Personal.
- Funciones y Responsabilidades específicas en HSE de acuerdo a su cargo, descritas en el Manual de Funciones y Descripción del Puesto de trabajo.
- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.
- Comité de convivencia laboral.
- Planes de emergencia en la empresa y procedimiento en caso de accidente de trabajo.

Durante el mes se presentaron 5 sesión, teniendo una duración de 1 horas, con una cobertura de 14 trabajadores:

Fecha	Tema	Sesiones	Tiempo	N° de Asistentes	
			Horas	Asist.	Prog.
13/01/2026	Inducción SST	2	2	4	4
14/01/2026	Inducción SST	1	1	4	4
15/01/2026	Inducción SST	1	1	2	2
19/01/2026	Inducción SST	1	1	4	4
TOTAL		5	5	14	14

Tabla 1. Reporte de inducciones del contrato.
Fuente. Autor

4.6. EXÁMENES DEL CONTRATO

Durante el mes de reporte, se llevaron a cabo un total de diez (14) exámenes médicos de ingreso. Con base en los resultados obtenidos, se elaboró la línea base de condiciones de salud, siguiendo las recomendaciones del examen ocupacional de ingreso (ver Anexo 1).

Al personal que se retiró se le notificó sobre la realización del examen de egreso; sin embargo, ninguno asistió a su cita.

TIPO DE EXAMEN MÉDICO	CANTIDAD
Examen de ingreso	12
Examen periódico	2
Examen egreso	0

Tabla 10. Seguimiento exámenes médicos contratista
Fuente. Autor

4.7. EXÁMENES CORRESPONDIENTES AL CONTRATO

Durante el periodo de reporte se validaron 14 exámenes de ingreso, dos periódicos a continuación, se presenta el seguimiento realizado a los exámenes del periodo de reporte:

No	EMPRESA	NOMBRE	CC	CARGO	EMO	RECOMENDACIÓN
1	Vargas Rodríguez Susan Camila	Miguel Fernando Rojas Espinel	79249288	Oficial	06/01/2026	Realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro -capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional.
2	Vargas Rodríguez Susan Camila.	José Aníbal Boyacá Nova	80419338	Oficial	06/01/2026	Realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro -capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional.
3	Vargas Ramírez Susan Camila	Edilberto Boyacá Nova	80133819	Oficial	06/01/2026	realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro -capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional.
4	Vargas Rodríguez Susan Camila.	Silvestre Vargas Diaz	88232713	Maestro	02/01/2026	Realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de Elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo Seguro -capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los

No	EMPRESA	NOMBRE	CC	CARGO	EMO	RECOMENDACIÓN
						exámenes de valoración ocupacional.
5	Vargas Rodríguez Susan Camila	Liobel Asdrúbal González Ortiz	17586273	Maestro	22/12/2025	Completar esquema vacunación realizar actividad física control de peso y nutrición
6	Vargas Rodríguez Susan Camila	Milton Narciso Santana Ojeda	17589650	Oficina	12/02/2026	Hábitos de vida saludable, pausas activas Higiene postural, uso adecuado de EPP, dieta baja en carbohidratos y grasas, ejercicio al menos 3 veces por lo menos 1 hora al día, valoración por nutrición en EPS, uso de corrección visual permanente y realizar control anual por optometría, mantener adecuadas condiciones de iluminación en su lugar de trabajo.
7	Vargas Rodríguez Susan Camila	Edwin Jesús Vargas Contreras	1094161820	Ayudante	20/12/2025	Completar esquema vacunación realizar actividad física Control de peso y nutrición
8	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Ronal Alberto Mena Quintero	14326441	Oficial	08/02/2026	Realizar pausa activa y programa de actividad física supervisada, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro-capacitaciones según cargo, continuar controles médicos regulares con EPS para seguimiento de control de peso.
9	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Eduar José Arteaga Bolívar	6841838	Ayudante	08/02/2026	Realizar pausa activa y programa de actividad física supervisada, hábitos de vida saludable, hábitos de Higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir Procedimientos y normas de trabajo seguro-capacitaciones según cargo, continuar controles médicos regulares con EPS para

No	EMPRESA	NOMBRE	CC	CARGO	EMO	RECOMENDACIÓN
						Seguimiento de control de peso.
10	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Elkin José Amaya García	1081795189	Oficial	19/05/2025	Realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional.
11	Dl Proyectos Y Acabados S.A.S	Edwin Evelio Gaitán Sigua	1022960580	Pintor	23/01/2026	Realizar pausa activa, hábitos de vida saludable, hábitos de higiene posturales adecuados, uso de elementos de protección visual, auditiva y personal durante la jornada laboral, seguir procedimientos y normas de trabajo seguro capacitaciones según cargo, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional.
12	Consorcio Coral Ingeniería	Verónica Alejandra Salas Castro	118569865	Directora de Obra	26/02/2026	Valoración Optométrica: Anual
13	C.A.C Instalaciones Eléctricas S.A.S.	Cesar Acosta Cruz	1104068566	Eléctrico	01/12/2025	1. Capacitación en ejecución segura de sus tareas. 2. Hábitos de estilo de vida saludables. 3. Autocuidado. 4. Higiene postural (ergonomía). 5. Pausas activas. 6. Usar elementos de protección personal (epp). 7. Cuidado, higiene, protección ambiental y respiratoria. 8. Lavado de manos frecuente, distanciamiento Social, así como para las enfermedades endémicas de la zona donde labore 9. Se recomienda gafas de Protección

No	EMPRESA	NOMBRE	CC	CARGO	EMO	RECOMENDACIÓN
14	C.A.C Instalaciones Eléctricas S.A.S.	Carlos Fabian Cristancho Garavito	1073701753	Eléctrico	01/12/2025	1. Capacitación En Ejecución Segura De Sus Tareas. 2. Hábitos De Estilo De Vida Saludables. 3. Autocuidado. 4. Higiene Postural (Ergonomía). 5. Pausas Activas. 6. Usar Elementos De Protección Personal (Epp). 7. Cuidado, Higiene, Protección Ambiental Y Respiratoria. 8. Lavado De Manos Frecuente, Distanciamiento Social, Así Como Para Las Enfermedades Endémicas De La Zona Donde Labore 9. Se Recomienda Gafas De Protección

Tabla 21. Seguimiento de recomendaciones médicas del Contrato
Fuente. Autor

4.8. PLAN DE EMERGENCIAS.

Se informa que, durante el periodo de reporte, no se registraron emergencias relacionadas con el contrato.

4.8.1. CAMILLAS, EXTINTORES Y BOTIQUINES

El Consorcio Coral Ingeniería informa que, en los frentes de obra, dispone de los elementos necesarios para la atención de emergencias, tales como camillas, extintores y botiquines de primeros auxilios, los cuales se encuentran en adecuadas condiciones de uso. Para el periodo objeto de reporte se contó con los respectivos elementos de emergencia requeridos para el desarrollo de las actividades. Así mismo, se precisa que, para las demás instituciones educativas intervenidas, se cuenta con la autorización de las directivas de cada plantel para hacer uso, en caso de requerirse, de los elementos de emergencia propios de la institución, tales como camillas, extintores y botiquines, durante la ejecución de las actividades programadas.

FRENTE	Punto de hidratación	Punto ecológico	Baños	Elementos de emergencia (Botiquín Camillas, Extintor
Colegio José María Córdoba	1 unidad	0 unidad	1 unidad	1 unidades
Colegio Rafel Uribe Uribe	1 unidad	0 unidad	1 unidad	1 unidades
Carlos Arturo Torres sede A	1 unidad	0 unidad	1 unidad	1 unidades
Colegio Francisco Miranda	1 unidad	0 unidad	1 unidad	1 unidades

Tabla 12. Relación de elementos de emergencia del contrato
Fuente. Autor.

4.9. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

4.9.1. SANEAMIENTO BÁSICO

El contratista informa que los baños están equipados con dispensadores de jabón líquido garantizando así un adecuado lavado de manos.

Ítems	Frentes de Obra	Unidades Sanitarias	Género		Lavamanos
			M	F	
1	Colegio José María Córdoba	Varios	1	1	Varios
2	Colegio Rafael Uribe Uribe	1 unidad	1	1	1 unidad
3	Colegio Carlos Arturo Torres sede A	1 unidad	1	1	1 unidad
4	Colegio Francisco Miranda	1 unidad	1	1	1 unidad

Tabla 13. Puntos Sanitarios activos del contrato
Fuente. Autor.

4.10. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

4.10.1. PROGRAMA DE INSPECCIONES

Durante el periodo objeto de reporte se informa que, en cumplimiento del plan de trabajo establecido, se desarrollaron actividades de inspección y verificación de los elementos de protección personal (EPP), revisión del estado y disponibilidad de extintores y botiquines de primeros auxilios, así como la evaluación de las condiciones de orden, aseo y control de herramientas menores en las áreas de intervención.

INSPECCIÓN REALIZADA	FECHA	FRENTE	OBSERVACIÓN	PLAN DE ACCIÓN
Camilla y Botiquín	26/01/2026	Colegio José María Córdoba	Ninguna	NA

INSPECCIÓN REALIZADA	FECHA	FRENTE	OBSERVACIÓN	PLAN DE ACCIÓN
Camilla y Botiquín	20/01/2026	Colegio Rafael Uribe Uribe	Ninguna	NA
Camilla y Botiquín	26/01/2026	Colegio Carlos Arturo Torres sede A	Ninguna	NA
Extintores	26/01/2026	Colegio José María Córdoba	Ninguna	NA
Inspección EPP	27/01/2026	Colegio Rafael Uribe Uribe	Ninguna	NA
Inspección EPP	3/01/2026	Colegio José María Córdoba	Ninguna	NA
Inspección EPP	06/01/2026	Colegio Carlos Arturo Torres sede A	Ninguna	NA
Inspección EPP	06/02/2026	Colegio Francisco Miranda	Ninguna	NA
Inspección de obra	20/01/2026	Colegio Rafael Uribe Uribe	Ninguna	NA
Inspección de obra	06/02/2026	Colegio José María Córdoba	Ninguna	NA
Inspección de obra	06/02/2026	Colegio Francisco Miranda	Ninguna	NA
Inspección de obra	09/02/2026	Colegio Carlos Arturo Torres sede A	Ninguna	NA

Tabla 14. Seguimiento inspecciones del contrato
Fuente. Autor

En el **anexo 5** se presentan los soportes de inspección correspondientes.

4.11. Listado de maquinaria y equipos y vehículos inspeccionados.

Durante el período de reporte, el proyecto contó con la siguiente relación de maquinaria y vehículos:

No	TIPO	MARCA	PIN AMBIENTAL	OBSERVACIÓN
1	VOLQUETA	OIA 208	2761	Ninguna

Tabla 15. Seguimiento Vehículos – Frente de obra del proyecto
Fuente. Autor

NOTA: Se informa que en el **Anexo 5.1** se adjunta la documentación de los vehículos del apartado 4.3.6

4.12. ACTOS INSEGUROS, CONDICIONES INSEGURAS.

Durante el periodo de reporte se presentaron (0) actos y condiciones inseguras.

4.12.1. CAPACITACIONES.

Durante el mes de reporte se realizaron sesiones de formación de quince minutos cada una, alcanzando una cobertura del 100 %. Estas charlas de seguridad complementan y refuerzan la inducción corporativa, incorporando las dinámicas específicas de la obra y considerando las diversas situaciones y riesgos que pueden presentarse en el sitio de trabajo. De esta manera, se garantiza una capacitación práctica, contextualizada y directamente aplicable a las necesidades reales del personal, promoviendo la prevención y la seguridad en todas las actividades laborales.

Fecha	Tema	Sesiones	Tiempo	No Asistentes	
			Horas/minutos	Prog.	Cobe.
15/01/2026	Ansiedad en el trabajo	1	15 minutos	2	2
16/01/2025	Buen ambiente laboral	2	15 minutos	7	7
17/01/2026	Intoxicación con Alimentos	1	15 minutos	2	2
19/01/2026	Protección de los pies	1	15 minutos	5	5
20/01/2026	Señalización	1	15 minutos	8	8
21/01/2026	Protección de brazos y manos	1	15 minutos	9	9
22/01/2026	Agotamiento por calor	1	15 minutos	4	4
23/01/2026	Uso adecuado de baños	1	15 minutos	6	6
24/01/2026	Seguridad en el uso de escaleras	1	15 minutos	7	7
26/01/2026	Levantamiento de Objetos	1	15 minutos	4	4
27/01/2026	Actos inseguros en andamios	1	15 minutos	7	7
28/01/2026	Cuidado de las Zonas Verdes	1	15 minutos	5	5
29/01/2026	Partes de los Guantes	1	15 minutos	5	5
30/01/2026	Que hacer en caso de incendio	1	15 minutos	6	6
31/01/2026	Seguridad con la el	1	15 minutos	3	3
02/02/2026	Residuos aprovechables	2	15 minutos	7	7
03/02/2026	Residuos Solidos	1	15 minutos	4	4
04/02/2026	Procedimiento de Evacuación	1	15 minutos	5	5
05/07/2026	Materiales Peligrosos	1	15 minutos	5	5
06/02/2026	Seguridad al Pintar	2	15 minutos	6	6
09/02/2026	Etiquetado de seguridad de los productos químicos	3	15 minutos	13	13
10/02/2026	Prevención de quemaduras	1	15 minutos	4	4
11/02/2026	Uso de respiradores	1	15 minutos	5	5
12/02/2026	Peligro con Cables	1	15 minutos	4	4
13/02/2026	Auto reporte de condiciones de salud	1	15 minutos	2	2

Fecha	Tema	Sesiones	Tiempo	No Asistentes	
			Horas/minutos	Prog.	Cobe.
TOTAL		30	450	136	136

Tabla 15. Seguimiento capacitaciones del contrato
Fuente. Autor

En el **anexo 6** se presentan los soportes de capacitación del contratista

4.12.2. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

Se realiza la identificación, clasificación y almacenamiento de las sustancias químicas utilizadas en el proyecto, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de sustancias químicas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) del proyecto, y conforme a lo dispuesto en el Decreto 1496 de 2018, mediante el cual se adopta en Colombia el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos (SGA).

Para tal fin, se llevó a cabo el registro de los productos químicos a través del "Inventario de Sustancias Químicas", el cual se encuentra incluido como Anexo 7 del presente documento.

4.13. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

4.13.1. MORBILIDAD Y AUSENTISMO

Durante el periodo de reporte se presentaron (0) días de ausentismo laboral.

No	Nombre	Descripción	Fecha de inicio	Fecha de finalización	TIPO						Días
					EG	EL	AL	PT	VC	IN	perdidos
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL					0	0	0	0	0	0	0
EG (Enfermedad General) - EL (Enfermedad Laboral) - AL (Accidente Laboral) - PT (Permiso de trabajo) - VC (Vacaciones) - IN (Inasistencia)											

Tabla 16. Seguimiento ausentismo del contrato
Fuente. Autor

4.13.2. TAREAS DE ALTO RIESGO

Durante el periodo de reporte, las principales actividades del proyecto fueron las que se detallan a continuación. Para controlar los riesgos y garantizar la seguridad, se diligenciaron los formatos de Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	TIPO	FECHA	FRENTE	OBSERVACIONES
Pintura fachada trasera bloque 7	ATS	19/01/2026	Colegio José María Córdoba	NINGUNA
Pintura fachada trasera bloque 7	ATS	26/01/2026	Colegio José María Córdoba	NINGUNA
Pintura fachada trasera bloque 7	ATS	02/02/2026	Colegio José María Córdoba	NINGUNA
Pintura fachada trasera bloque 7	ATS	09/02/2026	Colegio José María Córdoba	NINGUNA
Instalación tornillería cubierta y aplicación Sika	ATS	29/01/2026	Colegio Rafael Uribe Uribe	NINGUNA
Levantamiento de asfalto y relleno cancha	ATS	20/01/2026	Colegio Rafael Uribe Uribe	Ninguna

Tabla 17. Seguimiento ATS del contrato
Fuente Autor

En el **anexo 8**, se presentan los soportes correspondientes de los ATS mencionados.

4.13.3. ACCIDENTALIDAD

Durante el periodo de reporte no se presentaron accidentes laborales.

- **SEGUIMIENTO DE ACCIDENTALIDAD DEL PROYECTO**

Durante la ejecución del contrato se han presentado los siguientes casos y cierres de accidentalidad

INFORME	PERIODO	AL	DÍAS DE INCAPACIDAD	TIPO AL	FECHA	NOMBRE AFECTADO	PARTE AFECTADA	CIERRE O TRÁMITE
1	14/01/2026	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
1	13/02/2026	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
TOTAL		0	0					

Tabla 18. Consolidado AL- del contrato
Fuente. Autor

4.13.4. INDICADORES SST

A continuación, se relacionan los indicadores reportados por la CONSORCIO CORAL INGENIERÍA, para el periodo de reporte.

NOMBRE	FÓRMULA	VARIABLES	CÁLCULO			RESULTADO	
Severidad de accidentalidad	(Número días perdidos por accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Número de días laborales perdidos por accidentes de trabajo	Número de días perdidos AT* 100 Número de trabajadores			0 * 100 23	0%
Frecuencia de accidentalidad	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes	Numero de AT * 100 Número de trabajadores			0 * 100 23	0%
Proporción accidentes mortales	(Número de accidentes de trabajo mortales en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Número de accidentes mortales de trabajo que se presentaron en el mes	Numero de AT mortales * 100 Número de trabajadores			0 * 100 23	0%
Prevalencia de la enfermedad laboral	(Número de enfermedad laboral en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Número de enfermedad laboral presentado en el mes	Numero de EL * 100 Número de trabajadores			0 * 100 23	0%
Prevalencia de la enfermedad laboral	((Número de casos nuevos de enfermedad laboral / Número de días de trabajo programados en el mes*Número de Trabajadores) * 100	Número de enfermedad laboral presentado en el mes	Número de casos nuevos EL * 100 Número de trabajadores			0 * 100 23	0%
Ausentismo por causa médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes*Número de Trabajadores) * 100	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes	0	Número de días de trabajo programados en el mes	30	((0/30) *100) *100 (30*8)	0%
%Capacitaciones	Capacitaciones realizadas en un periodo/Capacitaciones programadas en el mismo periodo*100	Capacitaciones realizadas	30	Capacitaciones programadas	30	12 * 100 12	100%
%Inducciones	# de personas con Inducciones realizada en el periodo/Personal que ingresó en el periodo *100	Número de personas con Inducciones realizada en el periodo	14	Personal que ingresó en el periodo	14	14 * 100 14*	100%

NOMBRE	FÓRMULA	VARIABLES	CÁLCULO			RESULTADO	
%Inspecciones	No de inspecciones realizadas en un periodo x el contratista, interventor o supervisor/No de inspecciones programadas en el mismo periodo x el contratista, interventor o supervisor.	Número inspecciones realizadas	7	Número de inspecciones programadas	7	$\frac{7}{7} * 100$	100%
% Cumplimiento del Plan HSE ó SST	No, actividades ejecutadas en el periodo / No, actividades programadas en el mismo periodo x 100%.	Número de actividades realizadas	21	Número de actividades programadas	21	$\frac{21}{21} * 100$	100%
%Cobertura afiliación al SGSSI	No de trabajadores afiliados al SGSSI/No de trabajadores contratados en el periodo*100.	Número de afiliados al SGSSI	14	Número de trabajadores contratados	14	$\frac{14}{14} * 100$	100%
%Cobertura capacitaciones	No de personas participantes actividad/No de personas que requieren la actividad*100.	Número de participantes en actividades de capacitación	136	Número de personas con necesidades de capacitación	136	$\frac{136}{136} * 100$	100%
% Cumplimiento de acciones correctivas ejecutadas	No. Acciones correctivas cerradas / No. hallazgos *100	Número de acciones correctivas cerradas	0	Número de hallazgos	0	$\frac{0}{0} * 100$	100%

Tabla 19. Indicadores de gestión del contrato
Fuente. Autor

Se cumplió al 100% de las actividades, dando cumplimiento con las actividades SST en el mes de reporte.

4.14. SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA

De acuerdo con el cronograma de actividades SST del contrato ejecutado por el Consorcio Coral Ingeniería se tuvo un cumplimiento del 100% de las 21 actividades programadas.

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
PROGRAMADAS	21

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
REPROGRAMADAS	0
EJECUTADAS	21
CUMPLIMIENTO	100%

Tabla 20. Actividades cronograma de actividades del Contrato
Fuente. Autor

A continuación, se relaciona las actividades programadas por el contratista para el periodo del presente informe:

No	ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN	ESTADO DE ACTIVIDAD	FECHA DE REALIZACIÓN O REPROGRAMACIÓN
1	Inducción SGSS, ATEP, EPP, Plan de emergencias, Socialización RHSI, Políticas, COPASST, socialización del proyecto, protocolos de bioseguridad. (A demanda)	Participaron 14 personas	EJECUTADA	TODO EL MES
2	Socialización de procedimientos (incluido en la inducción general).	Participaron 14 personas	EJECUTADA	TODO EL MES
3	Notificaciones de riesgos (A demanda)	Participaron 14 personas	EJECUTADA	TODO EL MES
4	Investigación accidentes de trabajo (A demanda)	Para el presente periodo no se presentaron accidentes laborales	EJECUTADA	NO APLICA
5	Investigación accidentes e incidentes	Para el presente periodo no se presentaron accidentes laborales	EJECUTADA	NO APLICA
6	Exámenes médicos de ingreso	Se realizó a personas	EJECUTADA	TODO EL MES
7	Exámenes médicos de egreso	Durante el mes se retiraron personas las cuales no se presentaron a los exámenes de egreso	EJECUTADA	NO APLICA
8	Realización/Actualización inventario de sustancias químicas	Se realizó inventario	EJECUTADA	MES DE REPORTE
9	Socialización plan de emergencias	Se socializa en la inducción general a 14 personas	EJECUTADA	TODO EL MES
10	Reporte, atención y evaluación de emergencias presentadas (A demanda)	No se presentaron emergencias durante el periodo, por lo cual no fue requirió su realización	EJECUTADA	NO APLICA

Tabla 21. Actividades programadas de acuerdo con el Plan de Trabajo de SST del contrato
Fuente. Autor

4.14.1. COMITÉS

- **COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 2013 de 1986 y el Decreto 1295 de 1994, artículo 63, el CONSORCIO CORAL INGENIERÍA conformó su Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) el día 7 enero de 2026, en el marco del contrato designa vigía SST. (ver Anexo 11)

- **COMITÉ PARITARIO DE CONVIVENCIA LABORAL (COCOLA)**

Dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1356 de 2012, artículos 1 y 2, así como a las exigencias de la Resolución No. 00000652, el Consorcio Coral Ingeniería conformó su Comité Paritario de Convivencia Laboral (COCOLA) el día 23 de diciembre de 2025, en el marco del contrato.

Se informa que la próxima reunión del COCOLA se realizará en el mes de marzo de 2026, de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido, garantizando así el cumplimiento de las disposiciones legales sobre promoción de la sana convivencia y prevención del acoso laboral en el entorno laboral.

- **BRIGADA DE EMERGENCIAS.**

Dando cumplimiento a la normativa legal vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo, el Consorcio Coral Ingeniería continua con su Brigada de Emergencias en el marco del contrato.

La brigada tiene como objetivo prevenir y atender situaciones de emergencia, garantizando la seguridad de los trabajadores y la protección de las instalaciones, cumpliendo con los lineamientos legales y los protocolos internos de seguridad.

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
1	PABLO ANDRES AVILA	COORDINADOR BRIGADA
2	ANGELICA MARÍA ESTRADA AVELLA	BRIGADISTA
3	LINA MAZUERA	BRIGADISTA

Tabla 22. Conformación brigada de emergencias
Fuente. Autor.

4.15. REGISTRO FOTOGRÁFICO.



Ilustración 1. Elementos de emergencia (extintor 10 Lb)



Ilustración 2. Elementos de emergencia (Botiquín de primeros auxilios)



Ilustración 3. Elementos de emergencia (camilla)



Ilustración 4. Adecuación punto de hidratación.





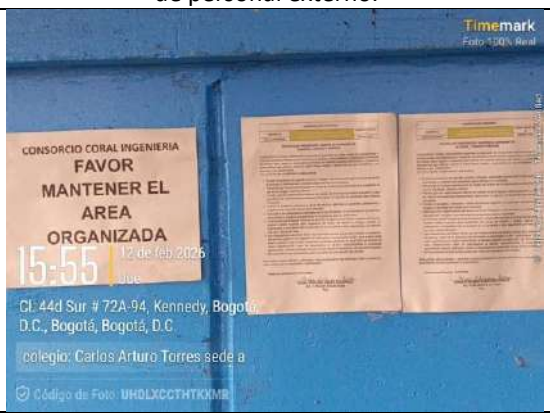
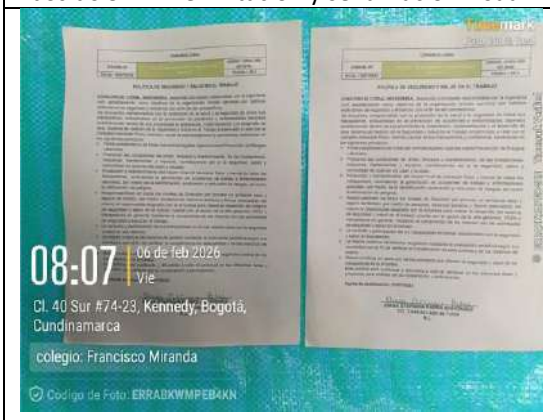
Ilustración 5. Uso de elementos de protección personal	**Ilustración 6**. Medidas preventivas para limitar acceso de personal externo.
	
Ilustración 7. Delimitación y señalización visual	**Ilustración 8**. Publicación de políticas de la empresa.
	
Ilustración 9 Publicación de políticas de la empresa.	**Ilustración 10** Charlas de seguridad
	
Ilustración 11. Señalización preventiva.	**Ilustración 12.** Supervisión actividades constructivas**.**



Ilustración 13. Zonas de acopio de RCD autorizados**.**



Ilustración 14. Zonas de acopio de RCD autorizados**.**



Ilustración 15. Supervisión relleno y nivelación de cancha



Ilustración 16. Señalización preventiva.



Ilustración 17 Orden y aseo Área de trabajo



Ilustración 18 Orden y Aseo Área de trabajo



Ilustración 19 Pausas Activas



Ilustración 20 Pausas Activas



Ilustración 21 Orden y Aseo Área de trabajo



Ilustración 22 Instalación delimitación en lona



Ilustración 23 Instalación de lámparas



Ilustración 24 Acompañamiento en fundida de cárcamo

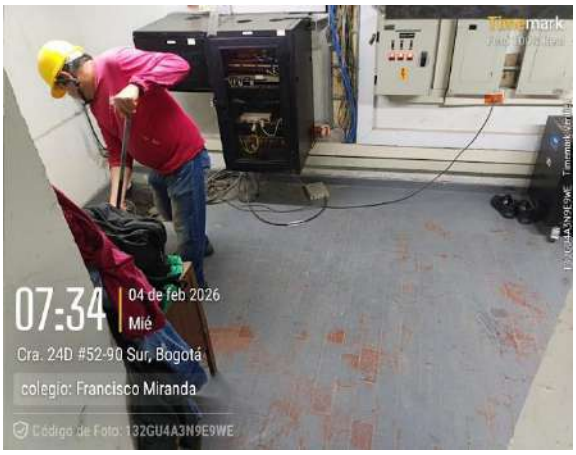
	
Ilustración 25 Supervisión Pintura de salones	**Ilustración 26 Charlas de Seguridad**
	
Ilustración 27. Señalización preventiva.	**Ilustración 28.** Orden y Aseo.

Tabla 23. Registro fotográfico SST
Fuente. Autor

5. CONCLUSIONES SST

1.1. Conclusiones de la gestión del contratista de obra.

• Durante el período de reporte no se presentaron accidentes laborales. A continuación, se resumen los indicadores de accidentalidad:
Frecuencia de accidentalidad: 0 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores.
Severidad de accidentalidad: 0% de días perdidos por accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores.
Accidentes mortales: No se registraron accidentes mortales; el porcentaje correspondiente es 0.

Prevalencia de enfermedad laboral: No se reportaron casos; la tasa por cada 100.000 trabajadores es 0.
Incidencia de enfermedad laboral: No se registraron casos nuevos durante el periodo; la tasa por cada 100.000 trabajadores es 0.
Ausentismo por causa médica: 0% de los días programados de trabajo se perdieron por motivos de salud.

- Programa de inspección: Se cumplió con el 100% de las inspecciones programadas (12 de 12).
- Programa de capacitación: Se cumplió con el 100% de las capacitaciones programadas (30 de 30).
- Documentación de ingreso: Se completó correctamente la documentación de los trabajadores incorporados en el periodo, incluyendo inducciones, afiliaciones a seguridad social y entrega de EPP.
- Nómina y seguridad social: El contratista garantizó el pago completo de nómina y seguridad social para los trabajadores incorporados en el periodo.

6. ANEXOS

Anexo 1. Documentación de ingreso.
Anexo 2. Planillas de seguridad social.
Anexo 3. Reporte de Personal.
Anexo 4. Entrega de EPPS.
Anexo 5. Inspecciones.
Anexo 5.1 Listado de maquinaria y equipos utilizados.
Anexo 6. Capacitaciones
Anexo 7. Seguimiento sustancias químicas
Anexo 8. Registro de ATS y permisos de trabajo
Anexo 9. Paz y salvos
Anexo 10. certificado de accidentalidad ARL
Anexo 11. Actas de comités

ANEXO 1

DOCUMENTOS DE INGRESO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.104.068.566

ACOSTA CRUZ
APELLIDOS

CESAR
NOMBRES

Cesar Acosta Cruz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1987
OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

19-SEP-2005 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2714500-59143431-M-1104068566-20051209 0151005343B 02 184529321

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288267813

PIB
09:31:22

Bogotá DC, 10 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CESAR ACOSTA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1104068566:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Medellín, 05 de January 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 C.A.C INSTALACIONES ELECTRICAS S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1104068566	ACOSTA CRUZ CESAR	06/01/2026		17319192	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 05/01/2026 17:42:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.42.30, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) CESAR ACOSTA CRUZ identificado(a) con CC No. 1104068566, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CAC INSTALACIONES ELECTRICAS SAS con NIT 9018950768:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/01/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/01/2026.

En su grupo familiar figuran los siguientes registros, como beneficiarios de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
JOHAN ESTEBAN ACOSTA CULMA	1028877198	Hijo	NO	NO	06/01/2026	VIGEN
LAURA SOFIA ACOSTA CULMA	1028871375	Hijo	NO	NO	06/01/2026	VIGEN



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 06/01/2026

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 sábado 10 de enero de 2026, a las 09:32:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1104068566
Código de Verificación	1104068566260110093214

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

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3008616434 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901895076-8 – CAC INSTALACIONES ELECTRICAS SAS

Paciente	CESAR ACOSTA CRUZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1104068566	Fecha	1 diciembre 2025
Edad	38 años		
Ocupación	OFICIAL		



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 1 diciembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

CESAR ACOSTA

CC: 1104068566
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CESAR ACOSTA CRUZ identificado(a) con CC 1104068566 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**13/05/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 05 días del mes enero del 2026 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:30:03 AM horas del 10/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1104068566**
Apellidos y Nombres: **ACOSTA CRUZ CESAR**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/01/2026 09:33:23 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1104068566** y Nombre: **CESAR ACOSTA CRUZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132239703** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.073.701.753
CRISTANCHO GARAVITO
APELLIDOS
CARLOS FABIAN
NOMBRES
carlos fabian cristancho.
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
24-JUN-1994
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-JUL-2012 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1524700-00405073-M-1073701753-20121012
0031414919A 1
38691925

Medellín, 05 de January 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 C.A.C INSTALACIONES ELECTRICAS S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1073701753	CRISTANCHO GARAVITO CARLOS FABIAN	06/01/2026		236129j3	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 05/01/2026 17:59:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.42.30, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO identificado(a) con CC No. 1073701753, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CAC INSTALACIONES ELECTRICAS SAS con NIT 9018950768:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/01/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/01/2026.

En su grupo familiar figura el siguiente registro, como beneficiario de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
DILAN ALEXANDER CRISTANCHO MARTINEZ	1146138435	Hijo	NO	NO	06/01/2026	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 06/01/2026

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:

CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.701.753**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3008616434 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901895076-8 – CAC INSTALACIONES ELECTRICAS SAS

Paciente	CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1073701753	Fecha	1 diciembre 2025
Edad	31 años		
Ocupación	AYUDANTE		



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 1 diciembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMÍA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN



OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

CARLOS FABIAN CRISTANCHO

CC: 1073701753
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288267333

PIB
09:25:05

Bogotá DC, 10 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073701753:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 10 de enero de 2026, a las 09:26:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073701753
Código de Verificación	1073701753260110092606

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:23:53 AM horas del 10/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1073701753**
Apellidos y Nombres: **CRISTANCHO GARAVITO CARLOS FABIAN**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/01/2026 09:27:22 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073701753** y Nombre: **CARLOS FABIAN CRISTANCHO GARAVITO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132239372** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.085.249.142
SALAS CASTRO
APELLIDOS
VERONICA ALEJANDRA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1986
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-MAY-2004 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-2300100-00852645-F-1085249142-20161003
0051547061A 1
6834101005

Medellín, 26 de Enero 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 CONSORCIO CORAL INGENIERIA, en el centro de trabajo 0000000005 - CORAL-BOGOTA, 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
C1085249142	SALAS CASTRO VERONICA ALEJANDRA	27/01/2026		9610183T	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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:C10496516202602679927

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 26/01/2026 22:12:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.70.123, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 27 01 2026

200833503

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (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
SALAS	CASTRO	VERONICA	ALEJANDRA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1085249142	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	5000000	

26. Residencia — Dirección: TV 56 #104b-05 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3003273714	drincong029@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D C	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	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
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200833503

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100	
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)
CONSORCIO CORAL INGENIERIA	NIT	901973411	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento: BOYACÁ | Municipio / Distrito: TUNJA

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
SALAS	CASTRO	VERONICA	ALEJANDRA

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1085249142	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	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
SANITAS	27 01 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

X. ANEXOS

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

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

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

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
			Recibido por: 27 01 2026	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

B. REPORTE DE NOVEDADES

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
SEGUROS GRANAHORRO 901397622		

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

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

Nombre del Afiliado VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO

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

Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1085249142

FIRMA A RUEGO

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

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

El firmante a ruego

Huella índice

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

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

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

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

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma:

Nombre: VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO

Identificación: 1085249142

Fecha: 27 01 2026

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-02-26

Nombres y apellidos:VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO
Fecha de nacimiento:17/05/1986
Empresa:CONSORCIO CORAL INGENIERIA / 2025
Empresa usuaria:
Cargo:DIRECTORA DE OBRA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1085249142
Edad:39 **Sexo:**FEMENINO
Celular:3003273714
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-02-26 / 07:18:18
Fecha salida:2026-02-26 / 07:23:15
Actividad Económica:4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL: CC
RIESGO BIOMECÁNICO:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.



JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 1235043504
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico



VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO
CC: 1085249142
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-02-26

Nombres y apellidos:VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO
Fecha de nacimiento:17/05/1986
Empresa:CONSORCIO CORAL INGENIERIA / 2025
Empresa usuaria:
Cargo:DIRECTORA DE OBRA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1085249142
Edad:39 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-02-26 / 07:18:18
Fecha salida:2026-02-26 / 07:23:15
Actividad Económica:4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL

JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 1235043504
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico

VERONICA ALEJANDRA SALAS CASTRO
CC: 1085249142
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6841838

COL

ARTEAGA BOLIVAR
APELLIDOS

EDUARDO JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

22340322
DNI N/C

26-07-1991
FECHA DE NACIMIENTO

24-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1666798

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

IPCOL6841838<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9107267M3105308VENE1666798<<<9
ARTEAGA<BOLIVAR<<EDUARDO<JOSE<

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9018137 correspondiente a la empresa Dl Proyectos Y Acabados Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR	PT	6,841,838	15/01/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 17 de enero de 2025 a las 02:55:58 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013959324	1|5|0|1|2|0|2|5

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ARTEAGA Primer apellido	BOLIVAR Segundo apellido	EDUARDO Primer nombre	JOSE Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
PT	6841838	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais: Venezuela	Departamento:	Municipio:	2|6|0|7|1|9|9|1
Venezuela				

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
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 30 31 118		3046177344	EDUARDOARTEAGA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	RAFAEL URIBE URIBE	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 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)
DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS	NIT	901723255	01

59.Ubicación

CL 38 NO 31 118 Dirección	7457207 Teléfono fijo o celular	DLPROYECTOSYACABADOS@GMAIL.COM Correo electrónico	CUNDINAMARCA Departamento	SOACHA Municipio/distrito

No de Radicacion
4013959324

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|4|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Eduardo Arteaga Bolivar	
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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **6841838,** se encuentra afiliado/a desde **27/01/2025** 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 09 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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR identificado(a) con PT No. 6841838, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS con NIT 9017232552:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 15/01/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 27/01/2025

MEDIPAZ IPS

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA:08/02/2026

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR **Sexo:** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: PPT [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 6.841.838 **Edad: 34 AÑOS**

EPS: Salud total **CARGO:** Ayudante

Empresa: DL PROYECTOS Y ACABADOS

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O+	**ESTATURA**	1.70 CM	**PESO**	70 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA Y PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA SUPERVISADA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, CONTINUAR CONTROLES MEDICOS REGULARES CON EPS PARA SEGUIMIENTO DE CONTROL DE PESO.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades complementadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA PACIENTE

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 265529319

PIB
09:43:29

Bogotá DC, 03 de marzo del 2025

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) EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR identificado(a) con PPT número 6841838:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012
RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 30336

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR

IDENTIFICADO CON PPT. N° 6841838

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 26 julio 2025, se expide en Bogotá el 26 julio 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ALFONSO AGRAY PARRA
RES No. 2057 13/03/2023

EMPRESA: DL PROYECTOS Y ACABADOS SAS
REP. DIEGO IVAN LUGO ARANA
NIT: 901723255
ARL: AXA COLPATRIA

	CERTIFICADO DE IDONEIDAD PARA OPERACIÓN DE EQUIPO	**Versión :0** **Fecha: enero 2025** **Página 1 de 1**

Fecha: 15 de enero 2025

CERTIFICADO DE IDONEIDAD PARA AYUDANTE DE OBRA.

Por medio de la presente, se certifica que el señor **EDUARDO JOSE ARTEAGA BOLIVAR** identificado con permiso por protección temporal No 6841838 de Bogotá, ha demostrado durante 7 meses de experiencia laboral en la empresa DL PROYECTOS Y ACABADOS S.A.S. con nit 901.723.255-2 como oficial de obra, las habilidades y competencias que lo hacen idóneo en el desarrollo de la siguiente actividad:

Actividad: Ayudante de obra.

Descripción: Esta persona es responsable de asistir en todas las tareas dirigidas por el oficial de obra, garantizando el adecuado uso de los elementos de protección personal (EPP), herramientas y materiales.

En constancia firma:

Empleador

DIEGO IVAN LUGO ARANA
cc.14.325.119
Representante Legal



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 80.133.819
BOYACA NOVA
APELLIDOS
EDILBERTO
NOMBRES

Edilberto Bogoca
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-JUN-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500100-01185165-M-0080133819-20201203 0072704295A 1 9913833643

Medellín, 05 de January 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 VARGAS RAMIREZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80133819	BOYACA NOVOA EDILBERTO	06/01/2026		191j20uX	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 05/01/2026 20:32:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.191.211.205, 192.230.104.5, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/01/2026, el empleador VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1020821162 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9727604	05/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80133819	EDILBERTO BOYACA NOVA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-06

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 06 Enero de 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **EDILBERTO BOYACA NOVA** SEXO: MASCULINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 80,133,819 EDAD: 43
EPS: NUEVA EPS CARGO: OFICIAL DE OBRA ARL: SURA
EMPRESA: SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ NIT: 1020821162 – 1

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O+ / ESTATURA 1,58 CM / PESO 71 KG		

CONFIDENCIAL

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020. Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico

Firma:
Nombre: FERNANDO ROMERO BOSSA
Reg. Medico 79331504

Paciente
Firma:
Nombre: EDILBERTO BOYACA NOVA
Doc. No.: 80,133,819

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BOYACA NOVA EDILBERTO** identificado(a) con **CC** número **80.133.819** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de noviembre de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: BOGOTA, D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		80133819	2000-06-22	1982-06-03	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: BOGOTA, D.C.	Ciudad de Nacimiento: BOGOTA, D.C.	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
BOYACA	NOVA	EDILBERTO

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2026-01-06	$ 1750905	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CL 180 B # 3 - 18	USAQUEN

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
BOGOTA, D.C.	3167954970	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
edilbertoboyaca82@gamil.com	Fijo	X	Indefinido		(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	AYUDANTE	9622		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	
Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
Secundaria	[X]	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]	
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]	

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano	[ ]	Indígena	[ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés	[ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)				
	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

Edilberto Bogotá

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de enero de 2026, a las 22:31:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80133819
Código de Verificación	80133819260105223155

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:32:40 PM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80133819**
Apellidos y Nombres: **BOYACA NOVA EDILBERTO**

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. 287682050

PIB
22:30:46

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDILBERTO BOYACA NOVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80133819:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2026 10:33:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **80133819** y Nombre: **EDILBERTO BOYACA NOVA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **131796534** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Hoja de Vida



Datos Personales

Nombres:	**Edwin Jesús**
Apellidos:	**Vargas Contreras**
Número de Cedula:	1.094.161.820 de Arauquita (Arauca)
Fecha De Nacimiento:	01 de octubre del 2000
Edad:	24 Años
Lugar De Nacimiento:	El zulia Norte de Santander
Estado Civil:	Soltero
Barrio:	La chacara
Celular:	3204475379
Email:	jesusvargascontreras8@gmail.com

Powered by CamScanner

Perfil Personal

Responsabilidad proactivo y dinámico, inteligencia emocional capacidad de comunicación efectiva, desenvolvimiento eficaz en un entorno social, habilidades para resolver problemas, cultura organizacional pensamiento crítico y análisis adaptabilidad laboral, trabajo en equipo y colaboración, creatividad liderazgo ética laboral organización y gestión del tiempo.

Guadañar
Rozar
Cercar

Powered by CamScanner

Estudios Realizados

Primaria: ***Centro educativo rural las mesas***

(Sardinata - Norte de Santander)

Secundaria: ***Colegio Gabriel García Márquez***

(Arauquita – Arauca)

Powered by CamScanner

Referencias Personales

Juan Carlos Galván
Ocupación: Oficios varios
Cel. 3203108946

Fernanda Galván
Ocupación: Independiente
Cel. 3143272464

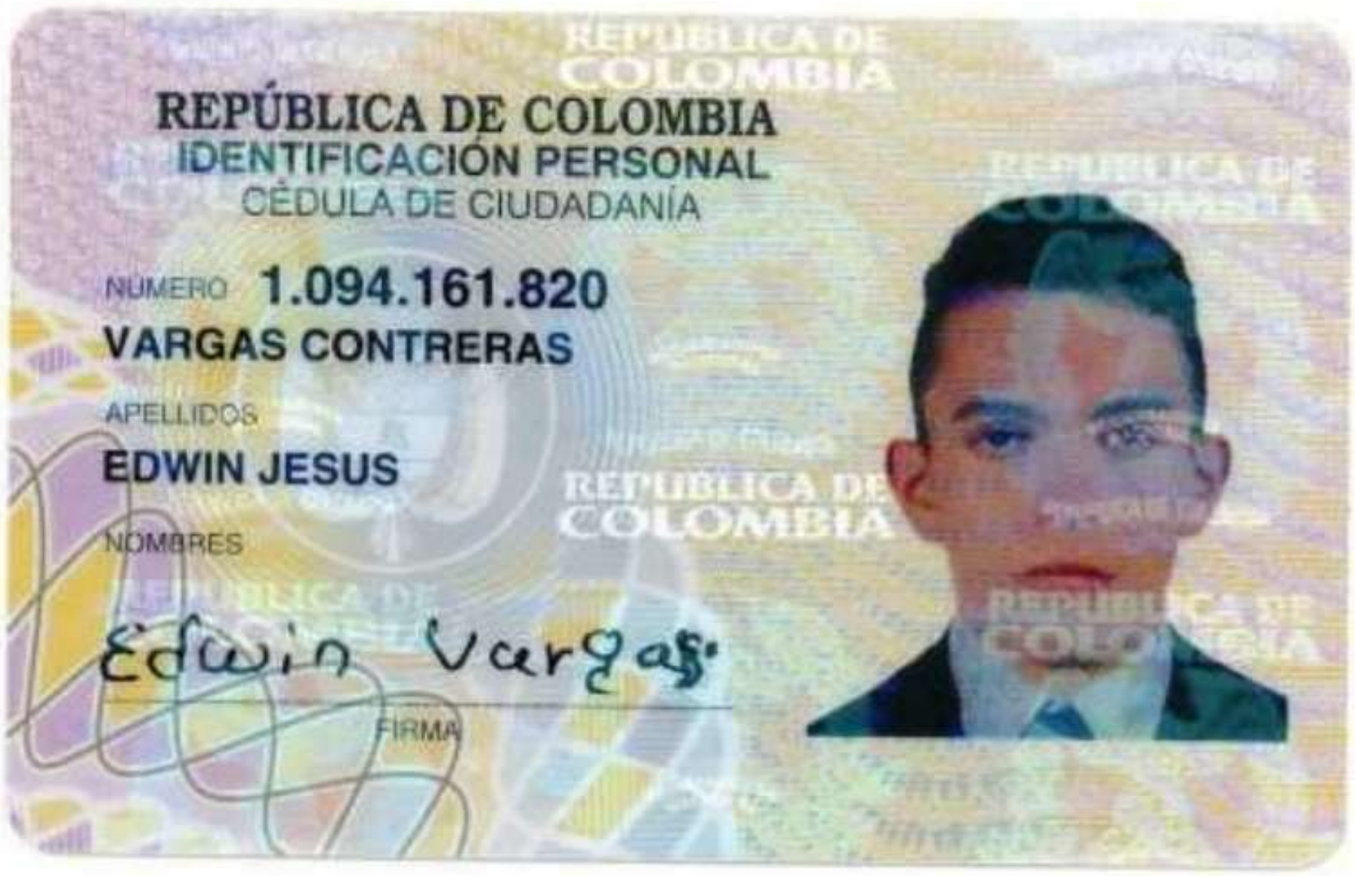
Referencias Familiares

Carmen Alicia Contreras
Ocupación: Ama de casa
Parentesco: Madre
Cel. 3134726284

Iván Javier Contreras
Ocupación: Conductor
Parentesco: Tío
Cel. 3046524776

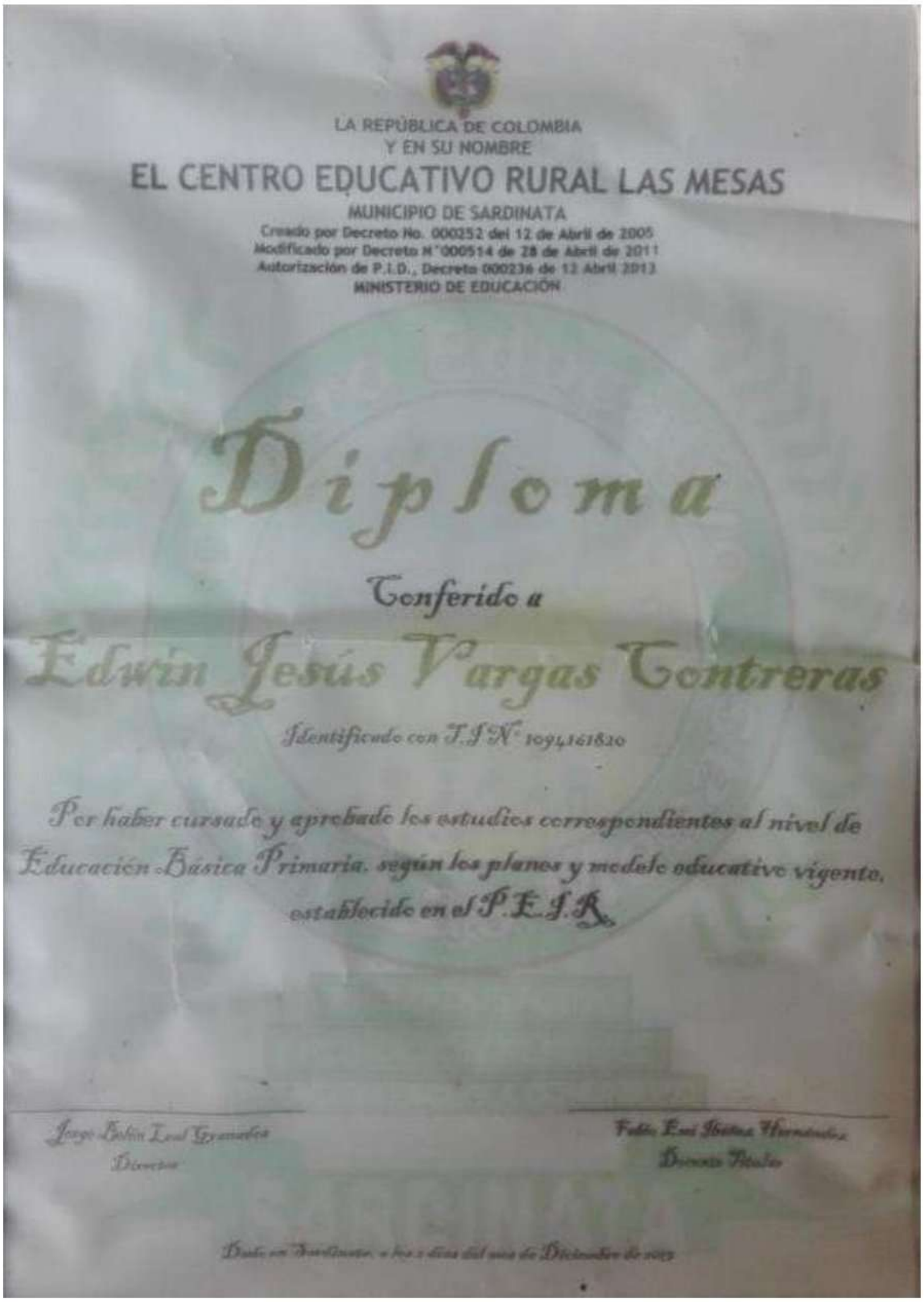
_____
Edwin Jesús Vargas Contreras
CC. 1.094.161.820 de Arauquita (Arauca)

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

EL CENTRO EDUCATIVO RURAL LAS MESAS

MUNICIPIO DE SARDINATA

Creado por Decreto No. 000252 del 12 de Abril de 2005
Modificado por Decreto N°000514 de 28 de Abril de 2011
Autorización de P.I.D., Decreto 000236 de 12 Abril 2013
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Diploma

Conferido a

Edwin Jesús Vargas Contreras

Identificado con T.I N° 1094161820

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Primaria, según los planes y modelo educativo vigente, establecido en el P.E.I.R.

Jorge Belisario Leal Granados
Director

Felix Emil Ibatra Hernandez
Docente Titular

Dado en Juan Frio a los a diez del mes de Diciembre de 2013

Powered by CamScanner



La República de Colombia
y en su Nombre

Institución Educativa
Gabriel García Márquez
Arauquita - Arauca
Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 412 del 15 de Febrero de 2016
Confiere a:

Edwin Jesús Vargas Contreras

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.094.161.820 de Arauquita

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Académica, según los planes y
programas vigentes y el P.E.I. de la Institución.

Edgar Murillo Sanabria
C.C. No. 11374289 de Fusagasuga
Rector

Luz Verónica Guerra Arévalo
C.C. No. 68250980
Secretaria

Este Diploma no requiere de registro de Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 002 Folio No. 039 Diploma No. 30

Dado en Arauquita (Arauca), a los 6 días del mes de Diciembre del año 2018

IMPRESOS Y SUMINISTROS LA PLUMA - CEL. 310-4521460 - CUCUTA

Powered by CamScanner

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Acta de Grado

DANE 181065002722 NIT. 834001342-4

En Arauquita (Arauca), a los 6 días del mes de Diciembre del año 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, el suscrito Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA GABRIEL GARCÍA MARQUEZ.

Institución Aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Académica y reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación Departamental, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 412 del 15 de Febrero de 2016.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procederá a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Edwin Jesús Vargas Contreras

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.094.161.820 de Arauquita

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 019 de fecha Diciembre 6 de 2018, que consta de 31 estudiantes graduados, comienza con el nombre de ACEVEDO GUEVARA DAIRO FABIÁN y se cierra con el nombre de VARGAS DIAZ LENNY JOHANNA.

Powered by CamScanner



CONSORCIO TERMINAL ARAUQUITA 2020

CONSOCIO TERMINAL ARAUQUITA 2020
Nit: 901.238.902-1

CERTIFICA:

Que, **EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS,** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.094.161.820 de Arauquita, laboro como Ayudante de la construcción. En la ejecución del contrato de obra **504** del **2018** cuyo objeto es: **CONSTRUCCION Y TERMINACION DEL TERMINAL DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASO PARA EL MUNICIPIO DE ARAUQUITA – DEPARTAMENTO DE ARAUCA.**

Desde 01 de marzo del 2019, hasta 30 de septiembre 2019.

La presente se expide en Arauquita a los 08 días de noviembre del 2019

OMAR EDUARDO MENDOZA ANTOLINES
Gerente COINTEC LTDA

Powered by CamScanner

Medellín, 19 de Diciembre de 2025

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 SUSAN CAMILA VARGAS RAMIREZ, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ARAUCA, 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
C1094161820	VARGAS CONTRERAS EDWIN JESUS	17/12/2025		229s1862	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:C10208211622535347961

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 19/12/2025 13:19:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.229.130, 192.230.104.7, 172.16.42.57

Freddy David Figueroa Caicedo
Médico Especialista en Salud Ocupacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al Dr. Freddy Figueroa Caicedo a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es) en este documento. El Dr. Figueroa ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestras. He sido informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto de aptitud laboral. Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado. Autorizo al Dr. Figueroa para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.



PEREIRA - 2025-12-20 - 10:45:00

Nombre del paciente
EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS

Tipo documento
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero documento
1094161820

Celular
3204475379

Genero
MASCULINO

Edad
25 Años 2 Meses 21 Dias

EVALUACION MEDICO LABORAL

Motivo de Consulta
EXAMEN DE INGRESO

Examen Fisico con Enfasis en
OSTEOMUSCULAR

Empresa
SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ

Cargo
AYUDANTE

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN	INTERPRETACION
TAMIZAJE AUDITIVO	NORMAL
TAMIZAJE VISUAL	ANORMAL
OTRO	NORMAL

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA CURSO DE ALTURAS

RECOMENDACIONES MEDICAS GENERALES

COMPLETAR ESQUEMA VACUNACION REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
CONTROL DE PESO Y NUTRICION

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CAPACITAR EN MANEJO DE CARGAS USO DE CORECCION VISUAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CAPACITAR EN PAUSA ACTIVA E HIGIENE POSTURAL

SISTEMAS DE VIGILANCIA

INGRESA AL SVE O PROGRAMA VISUAL
INGRESA AL SVE O PROGRAMA ERGONOMICO

CLASIFICACION DE RIESGO

MEDIO



EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS
CC 1094161820



FREDDY DAVID FIGUEROA CAICEDO
REG.MEDICO 830993 LPSST 704-24 DHSS 0123224

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	1094161820	EDWIN JESUS	VARGAS CONTRERAS	1/12/2022 12:00:00 a. m.	ARAUCA	ARAUQUITA	CRV 122 ESTE # 11 VEREDA CAMPO ALEGRE		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
1020821162	VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	N		17/12/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 18 días del mes de Diciembre de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 18 días del mes de Enero de 2026

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.161.820**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 4319444 de 2025-12-19

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) VARGAS CONTRERAS EDWIN JESUS identificado (a) con cédula de ciudadanla No 1094161820, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, su estado es A (Activo)

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

PEDRO ANTONIO PARADA URIETA
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 286583430

PIB
13:21:56

Bogotá DC, 19 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094161820:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 19 de diciembre de 2025, a las 13:20:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094161820
Código de Verificación	1094161820251219132059

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.



Generó: WEB

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/12/2025 01:23:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1094161820** y Nombre: **EDWIN JESUS VARGAS CONTRERAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **130428312** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:22:52 PM horas del 19/12/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1094161820**
Apellidos y Nombres: **VARGAS CONTRERAS EDWIN JESUS**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.419.338
BOYACA NOVA

APELLIDOS
JOSE ANIBAL

NOMBRES

Jose Anibal Boyaca Nova

FIRMA



Tel 3124530491
Calle 180. B # 3 18
Salud Total
Porvenir



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1970
SIACHOQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-SEP-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00011763-M-0080419338-20080606 0000412031A 1 1350001708

Medellín, 05 de January 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 VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80419338	BOYACA NOVA JOSE ANIBAL	06/01/2026		35229O14	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

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 05/01/2026 20:40:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.191.211.205, 192.230.104.5, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

RADICADO: 13288494

Fecha de Radicación: 05 01 2026 (D D M M A A A A)

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

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

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

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
BOYACA	NOVA	JOSE	ANIBAL
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80.419.338	Femenino [ ] Masculino [X]	23 08 1970 (D D M M A A A A)

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1.750.905

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 18B 3 18		3124380491	bayonamiguel88@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana [X] Rural [ ]	RAFAEL URIBE	D.C

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

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. 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

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA	C E D U L A	1020821162	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 3 N 5 62	3505641050	sunisesa@gmail.com	ARAUCA	ARAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

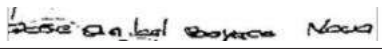
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de Radicación	42. Fecha
		Femenino	Masculino		D D M M A A A A: 06 01 2026

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.P.S. 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
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. 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.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] **Total** [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
[ ][ ] [ ][ ]	[ ] [ ] [ ]		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 06 Enero de 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **JOSE ANIBAL BOYACA NOVA** SEXO: MASCULINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 80,419,338 EDAD: 55
EPS: NUEVA EPS CARGO: OFICIAL DE OBRA ARL: SURA
EMPRESA: SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ NIT: 1020821162 – 1

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O+ / ESTATURA 1,63 CM / PESO 71 KG		

CONFIDENCIAL

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020. Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico

Firma:
Nombre: FERNANDO ROMERO BOSSA
Reg. Medico 79331504

Paciente
Firma:
Nombre: JOSE ANIBAL BOYACA NOVA
Doc. No.: 80,419,338

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

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:

JOSE ANIBAL BOYACA NOVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.419.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Enero 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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: BOGOTA, D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		80419338	1988-09-30	1970-08-23	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: BOGOTA, D.C.	Ciudad de Nacimiento: SIACHOQUE	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
BOYACA	NOVA	JOSE ANIBAL

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2026-01-06	$ 1750905	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CL 18B 3 18	RAFAEL URIBE

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
BOGOTA, D.C.	3124380491	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)			
bayonamiguel88@gmail.com	Fijo	X	Indefinido	

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X)
SANITAS	AYUDANTE	9622		120 [ ] 240 [X]

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	
Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
Secundaria	[X]	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]	
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]	

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano	[ ]	Indígena	[ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés	[ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)				
	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:19:51 PM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80419338**
Apellidos y Nombres: **BOYACA NOVA JOSE ANIBAL**

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

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

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

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

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de enero de 2026, a las 22:19:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80419338
Código de Verificación	80419338260105221906

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287681313

PIB
22:18:35

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ANIBAL BOYACA NOVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80419338:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2026 10:20:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **80419338** y Nombre: **JOSE ANIBAL BOYACA NOVA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **131796080** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Hoja de Vida


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.586.273
GONZALEZ ORTIZ
APELLIDOS
LIOBEL ASDRUBAL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1967
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
30-MAR-1987 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-4000100-00147514-M-0017586273-20090123
00096 10192A 1
8130001056

Medellín, 19 de December de 2025

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 VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C17586273	GONZALEZ ORTIZ LIOBEL ASDRUBAL	17/12/2025		k2042012	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

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 19/12/2025 18:17:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.57.44, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Freddy David Figueroa Caicedo
Médico Especialista en Salud Ocupacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al Dr. Freddy Figueroa Caicedo a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es) en este documento. El Dr. Figueroa ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestras. He sido informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto de aptitud laboral. Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado. Autorizo al Dr. Figueroa para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.



PEREIRA - 2025-12-22 - 07:00:00

Nombre del paciente
LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ

Tipo documento
CEDULA DE CIUDADANIA

Numero documento
17586273

Celular
3108107355

Genero
MASCULINO

Edad
58 Años 4 Meses 21 Dias

EVALUACION MEDICO LABORAL

Motivo de Consulta
EXAMEN DE INGRESO

Examen Fisico con Enfasis en
OSTEOMUSCULAR

Empresa
SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ

Cargo
MAESTRO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN	INTERPRETACION
TAMIZAJE AUDITIVO	NORMAL
TAMIZAJE VISUAL	NORMAL
OTRO	NORMAL

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA CURSO DE ALTURAS

RECOMENDACIONES MEDICAS GENERALES

COMPLETAR ESQUEMA VACUNACION REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
CONTROL DE PESO Y NUTRICION

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CAPACITAR EN MANEJO DE CARGAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CAPACITAR EN PAUSA ACTIVA E HIGIENE POSTURAL

SISTEMAS DE VIGILANCIA

INGRESA AL SVE O PROGRAMA ERGONOMICO

CLASIFICACION DE RIESGO

MEDIO

LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ
CC 17586273

FREDDY DAVID FIGUEROA CAICEDO
REG.MEDICO 830993 LPSST 704-24 DHSS 0123224

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2025, el empleador VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1020821162 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9674157	16/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	17586273	LIOBELASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17586273,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: ARAUCA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		17586273	1987-03-03	1967-08-01	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: ARAUCA	Ciudad de Nacimiento: ARAUCA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GONZALEZ	ORTIZ	LIOBEL ASDRUBAL

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-17	$ 1423500	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CR 23 19 36	LA ESPERANZA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
ARAUCA	3108107355	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
ASDRUBALGONZALEZ1936@GMAIL.COM	Fijo	X	Indefinido		(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	AYUDANTE DE OBRA	9313		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]				
Básica [ ]	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [ ]	No Disponible [X]			
Secundaria [ ]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]				
Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]				

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano [ ]	Indígena [ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés [ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno [X]				
Comunidad Negra [ ]	Palenquero [ ]	ROOM/GITANO [ ]	No Disponible [ ]				

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☒	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

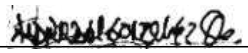
A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐



FIRMA DEL TRABAJADOR



FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
BUREAU VERITAS CERTIFICADO N° C024.00545 CODIGO DE ACREDITACION: 09-CPR-008 ISO/IEC 17065:2012
RADICADO N° 08SE2024220000000049161 EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 31270

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 17586273

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 01 agosto 2025, se expide en Bogotá el 01 agosto 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

JONATHAN JAVIER GOMEZ
RES No. 14867 13/12/2021

Hoja de Vida



DATOS PERSONALES

NOMBRES	***LLOBEL ASDRUBAL***
APELLIDOS	***GONZALEZ ORTIZ***
CÉDULA DE CIUDADANÍA	***17.586.273 DE ARAUCA***
FECHA DE NACIMIENTO	***01 DE AGOSTO DE 1967***
LUGAR DE NACIMIENTO	***ARAUCA (ARAUCA)***
PROFESION	***MAESTRO DE CONSTRUCCION***
ESTADO CIVIL	***SOLTERO***
DIRECCION	***CARRERA 23 No 19-36, LA ESPERANZA***
CELULAR	***310 810 73 55***
CORREO	***Asdrubalgonzalez1936@gmail.com***

Hoja de Vida

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA	***INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER ARAUCA***
SECUNDARIA	***INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER ARAUCA***
TITULO OBTENIDO	***BACHILLER ACADEMICO,***

EXPERIENCIA LABORAL

OFICIAL DE CONSTRUCION | CONSORCIO CARRERA 24

FECHA DE INICIO: 8 de junio de 2024
FECHA DE TERMINACION: 5 de diciembre de 2024

OFICIAL DE CONSTRCCION | CONSORCIO CALLE 13

FECHA DE INICIO: 9 de diciembre de 2024
FECHA DE TERMINACION: 28 de diciembre de 2024

Hoja de Vida

OFICIAL DE CONSTRCCION | CONSORCIO CALLE 13

FECHA DE INICIO: 7 de enero de 2025
FECHA DE TERMINACION: 12 de abril de 2025

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	***FARID AL SAID SANTANA GONZALEZ***
CARGO	*CONTADOR*
CELULAR	*3148549685*

NOMBRE	***GLADYS MARLENE GONZALEZ ORTIZ***
CARGO	*DOCENTE*
CELULAR	*3203808699*

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	***RICHARD ARBEY LOPEZ SAAVEDRA***
CARGO	*INSPECTOR DE OBRAS*
CELULAR	*3106736683*

NOMBRE	***GLADYS ROCIO CRISTANCHO***
CARGO	*SECRETARIA*
CELULAR	*3134207020*

Hoja de Vida


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.586.273
GONZALEZ ORTIZ
APELLIDOS
LIOBEL ASDRUBAL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1967
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
30-MAR-1987 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-4000100-00147514-M-0017586273-20090123
00096 10192A 1
8130001056

Hoja de Vida

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Consecio: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14811294069

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 5 5 6 2 7 3	0	Impuestos y Aduanas de Cucuta	2 4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 5 5 6 2 7 3	1 9 0 7 0 3 3 0

Lugar de expedición / 29. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 5 1	Arauca 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	ORTIZ	LLOBEL	ASORLIBAL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 5 1	Arauca 0 0 1

41. Dirección principal: CR 23 19 36 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: esdrubelgonzalez1936@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 1 0 7 3 5 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1	2	Ocupación: 51. Código	52. Número establecimientos
4 1 1 1	2 0 1 4 1 1 0 6	4 3 2 0	2 0 1 4 1 1 0 6				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha: 2022 - 02 - 06 / 11 : 00: 57

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de omisión inexactitud en alguno de los datos suministrados se obstaculizarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

66. Nombre: GONZALEZ ORACIA MARIA EUGENIA

66. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 06-04-2022 11:00:57 DIAN

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 03 de febrero de 2026, a las 10:49:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17586273
Código de Verificación	17586273260203104943

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290608947

PIB
10:48:48

Bogotá DC, 03 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) LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17586273:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/02/2026 10:46:32 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **17586273** y Nombre: **LIOBEL ASDRUBAL GONZALEZ ORTIZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **134092298** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:45:48 AM horas del 03/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **17586273**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ ORTIZ LLOBEL ASDRUBAL**

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

79.249.288
NUMERO

ROJAS ESPINEL
APELLIDOS

MIGUEL FERNANDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1971
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

27-OCT-1989 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45144572-M-0079249288-20060323 02836 06082A 02 204424964

Medellín, 05 de January 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 VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79249288	ROJAS ESPINEL MIGUEL FERNANDO	06/01/2026		q128164O	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

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 05/01/2026 20:36:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.191.211.205, 192.230.104.5, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6 **I_518369**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 1020821162 VARGAS RODRGUEZ SUSAN CAMILA
Afiliado	CC 79249288 MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,750,905
Cargo	AYUDANTE
Sucursal	ARAUCA CR 3 5 62
Fecha de ingreso	06/01/2026
Fecha de radicación	05/01/2026 08:58:16 p.m.
Código de Transacción	194297487
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2026

Fecha de generación 05/01/2026

MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 06 Enero de 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL** SEXO: MASCULINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 79,249,288 EDAD: 54
EPS: NUEVA EPS CARGO: OFICIAL DE OBRA ARL: SURA
EMPRESA: SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ NIT: 1020821162 – 1

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O+ / ESTATURA 1,70 CM / PESO 72 KG		

CONFIDENCIAL

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020. Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico

Firma:
Nombre: FERNANDO ROMERO BOSSA
Reg. Medico 79331504

Paciente
Firma:
Nombre: MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL
Doc. No.: 79,249,288

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

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:

MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.249.288**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Enero 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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: BOGOTA, D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		79249288	1989-10-27	1971-07-27	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: SUBACHOQUE	Ciudad de Nacimiento: BOGOTA, D.C.	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
ROJAS	ESPINEL	MIGUEL FERNANDO

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2026-01-06	$ 1750905	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CR 4 # 6 - 28	LA CANDELARIA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
BOGOTA, D.C.	3142815467	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
msre71@hotmail.com	Fijo	X	Indefinido		(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
EPS SURA	AYUDANTE	9622		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	
Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
Secundaria	[X]	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]	
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]	

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano	[ ]	Indígena	[ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés	[ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:11:14 PM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79249288**

Apellidos y Nombres: **ROJAS ESPINEL MIGUEL FERNANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de enero de 2026, a las 22:10:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79249288
Código de Verificación	79249288260105221046

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287680737

PIB
22:10:20

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79249288:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2026 10:11:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79249288** y Nombre: **MIGUEL FERNANDO ROJAS ESPINEL.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **131795702** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.589.650

SANTANA OJEDA

APELLIDOS

MILTON NARCISO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1972

CRAVO NORTE
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUN-1993 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4000100-00164772-M-0017589650-20090729 0014087231A 1 1730101854

Powered by CamScanner

Medellín, 13 de January 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 VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C17589650	SANTANA OJEDA MILTON NARCISO	13/01/2026		23X20924	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

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 13/01/2026 07:22:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.90.80.200, 192.230.104.6, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/01/2026, el empleador VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1020821162 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9761761	13/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	17589650	MILTONNARCISO SANTANA OJEDA	1750905	OFICIAL DE CONSTRUCCION	2026-01-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

MILTON NARCISO SANTANA OJEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.589.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero 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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: ARAUCA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		17589650	1993-06-15	1972-10-13	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: ARAUCA	Ciudad de Nacimiento: CRAVO NORTE	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
SANTANA	OJEDA	MILTON NARCISO

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2026-01-13	$ 1750905	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CL 14 36 16	EL BOSQUE

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
ARAUCA	3214842779	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
miloje2024@gmail.com	Fijo	X	Indefinido		(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	OFICIAL DE COSNTRUCCION	9313		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	
Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
Secundaria	[X]	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]	
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]	

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano	[ ]	Indígena	[ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés	[ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

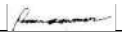
A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐



FIRMA DEL TRABAJADOR



FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hoja de Vida

I. Datos Personales:

NOMBRES	*MILTON NARCISO*
APELLIDOS	*SANTANA OJEDA*
FECHA DE NACIMIENTO	*13 octubre de 1972*
CÉDULA DE CIUDADANÍA	*17.589.650*
ESTADO CIVIL	*SOLTERO*
DIRECCIÓN	*CALLE 14 No 36-16 EL BOSQUE*
CELULAR:	*321 484 27 79-3228815698*
CORREO ELECTRONICO	*miloje2024@gmail.com*

ESTUDIOS REALIZADO SECUNDARIA

INSTITUTO SIGLO XX1-ARAUCA-ARAUCA
DEL 22 DE JULIO DEL 2008

Powered by CamScanner

II. OTROS Estudios Realizados

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

" LEVANTAR MUROS EN MAMPOSTERIA DE ACUERDO A LAS NORMAS PLANOS Y ESPECIFICACIONES DEL 14 DICIEMBRE 2007"

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

" ENCHAPAR SUPERFICIES DE ACUERDO CON LAS NORMAS PLANOS Y ESPECIFICACIONES DEL 15 DICIEMBRE 2008"

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

" BASICO DE COOPERATIVISMO Y ECONOMIA SOLIDARIA DEL 05 DE JUNIO 2009"

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

" FUNDIR LOS ELEMENTOS DE CONCRETO DE ACUERDO A LAS NORMAS PLANOS Y ESPECIFICACIONES" DEL 15 DICIEMBRE 2009"

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA

" TECNICO EN OFICIAL EN CONSTRUCCION DE UNA DURACION DE 1360 HORAS" DEL 16 DICIEMBRE 2009"

III. Experiencia Laboral

ENTIDAD	*LA CONSTRUCTORA PROVIDENCIA SAS -ZOMAC*
CARGO	*OFICIAL DE OBRA*
JEFE INMEDIATO	*ROGGER CAMILO MOTTA URIBE*
CELULAR	*607-7942623 EXT 202*
TIEMPO LABORADO	*DEL 22 OCTIBRE 2021 HAS TA 22 NOVIEMBRE 2021*

ENTIDAD	*EL CONSORCIO RECONSTRUCION*
CARGO	*OFICIAL DE OBRA*
JEFE INMEDIATO	*ROGGER CAMILO MOTTA URIBE*
CELULAR	*607-7942623 EXT 202*
TIEMPO LABORADO	*DEL 23 NOVIEMBRE 2021 HAS TA 09 ABRIL 2022*

Powered by CamScanner

ENTIDAD	***EDMUNDO IVAN LIZARAZO NIÑO***
CARGO	*OFICIAL DE OBRA*
CELULAR	*311 219 5170*
TIEMPO LABORADO	*DEL 16 ABRIL 2022*
	HAS TA 21 OCTUBRE 2022

IV. Referencias Personales:

NOMBRE	*TERESA SICULABA*
CARGO	*ADM -HOTEL EL PANORAMA*
CELULAR	*310 7615061*

V. Referencias Familiar

NOMBRE	*GLADYS REYES BRICEÑO*
PROFESION	*CONTADORA*
CELULAR	*313 355 62 73*

_____

MILTON NARCISO SANANA OJEDA

C.C 17.589.650 DE ARAUCA

Powered by CamScanner

REPÙBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO SIGLO XXI
ARAUCA - ARAUCA

CERTIFICADO No..... /2008
ICFES.....093153
R.S.E. No... 21 DE ENERO DE 2008
REGISTRO DANE. 381001003465

La suscrita Rectora y Secretaria del **INSTITUTO SIGLO XXI**, con reconocimiento oficial de la Secretaria de Educación Departamental, mediante Resolución 2156 del 20 de Noviembre de 2007 para prestar los servicios en los niveles de Básica Secundaria y Media Académica:

CERTIFICAN

Que el alumno (a) **SANTANA OJEDA MILTON NARCISO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 17589650 expedida en Arauca, cursó y aprobó en el Primer Semestre del año 2008, los estudios correspondientes al **TERCER CICLO LECTIVO ESPECIAL INTEGRADO (6°)** de Educación Bàsica Académica, de conformidad con la Ley 115 de 08 de febrero de 1994 y su Decreto Reglamentario 1860 de 03 de Agosto de 1994, el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997 y el Artículo 36 Decreto 3011/97 y el Decreto 230 Artículo51 del 11 de febrero de 2002, obteniendo las siguiente valoraciones de acuerdo al Plan de Estudios vigente en la institución y la intensidad horaria así:

ÁREAS	I	H	S	EVALUACIÓN
	PRESENCIAL	NO PRESENCIAL	TOTAL HORAS ÁREA	CONCEPTUAL
MATEMATICAS	2	4	160	SOBRESALIENTE
HUMANIDADES: LENGUA CASTELLANA	2	3	110	SOBRESALIENTE
IDIOMA EXTRANJERO	2	2	80	EXCELENTE
EDUCACIÓN RELIGIOSA	1	1	20	SOBRESALIENTE
EDUCACIÓN ÉTICA	1	1	20	SOBRESALIENTE
EDUCACIÓN FÍSICA	1	1	20	SOBRESALIENTE
EDUCACIÓN ARTISTICA	1	1	20	SOBRESALIENTE
CIENCIAS SOCIALES	3	1	90	SOBRESALIENTE
CIENCIAS NATURALES	2	2	80	SOBRESALIENTE
TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA	2	2	80	SOBRESALIENTE
COMERCIO	2	2	120	SOBRESALIENTE
COMPORT. ESCOLAR				EXCELENTE
OTAL HORAS CICLO:			800	
OBSERVACIONES:				

Se expide en la rectoría del plantel a los 22 días del mes de Julio de 2008.
A solicitud de: **SANTANA OJEDA MILTON NARCISO.**

Lic. SANDRA LEE MOGOLLÓN
C.C. No. 68.287.813 Arauca
Rectora

JOHANA ALEXANDRA ZAMBRANO GRANADOS
C.C. No. 1.116.772.221 De Arauca
Secretaria Académica
Arauca - Arauca

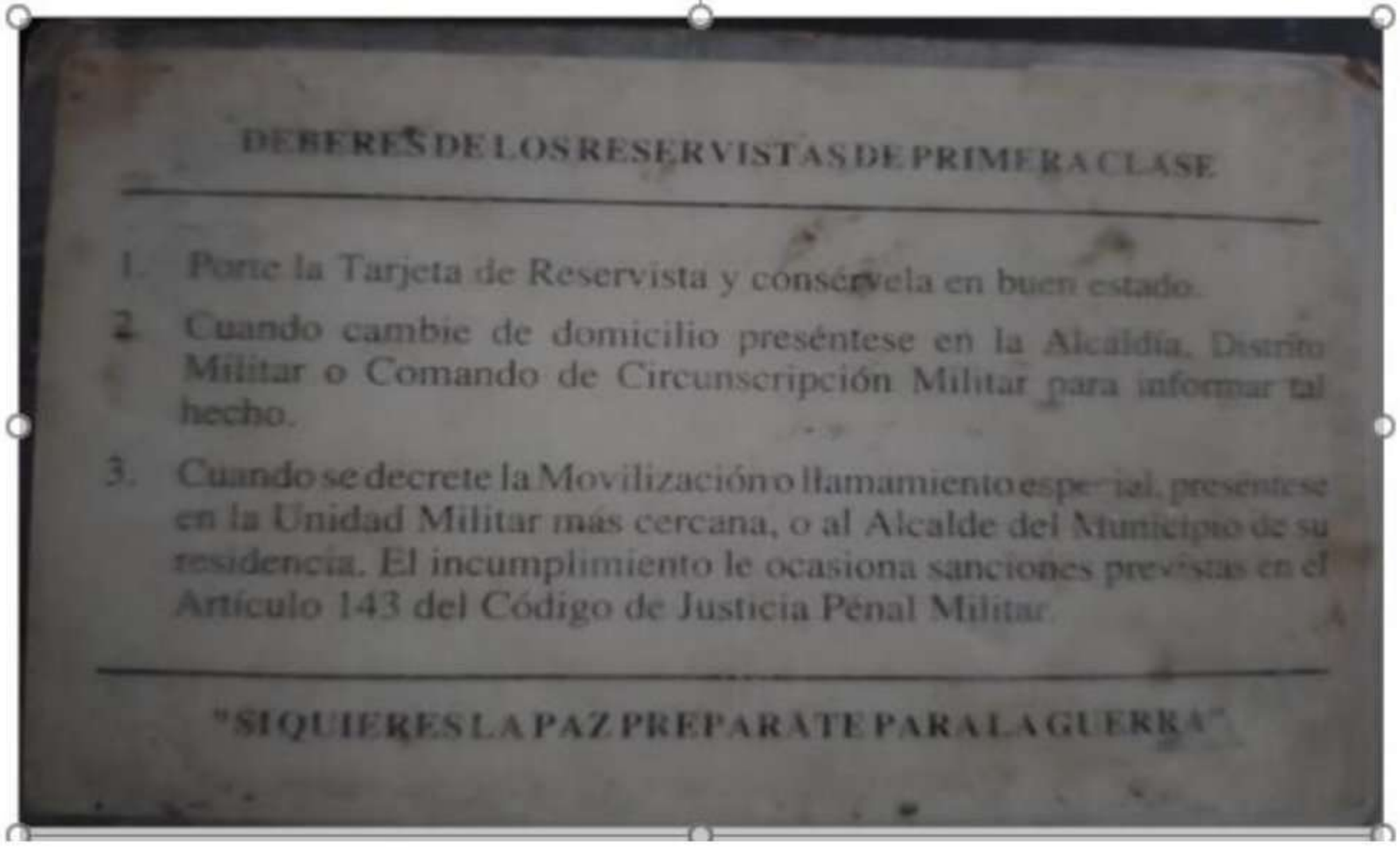
.TRIUNFE

Rector(

EL FUTURO NO SE ESPERA ¡SE HACE!
ESTUDIE Y TRIUNFE
CARRERA 17 No. 17-46 ESQUINA TEL: 8857362

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CDTE DEL BAT INF GRAL SERVIEZ

Hace constar que el SOLDADO

SANDANA OJEDA MILTON

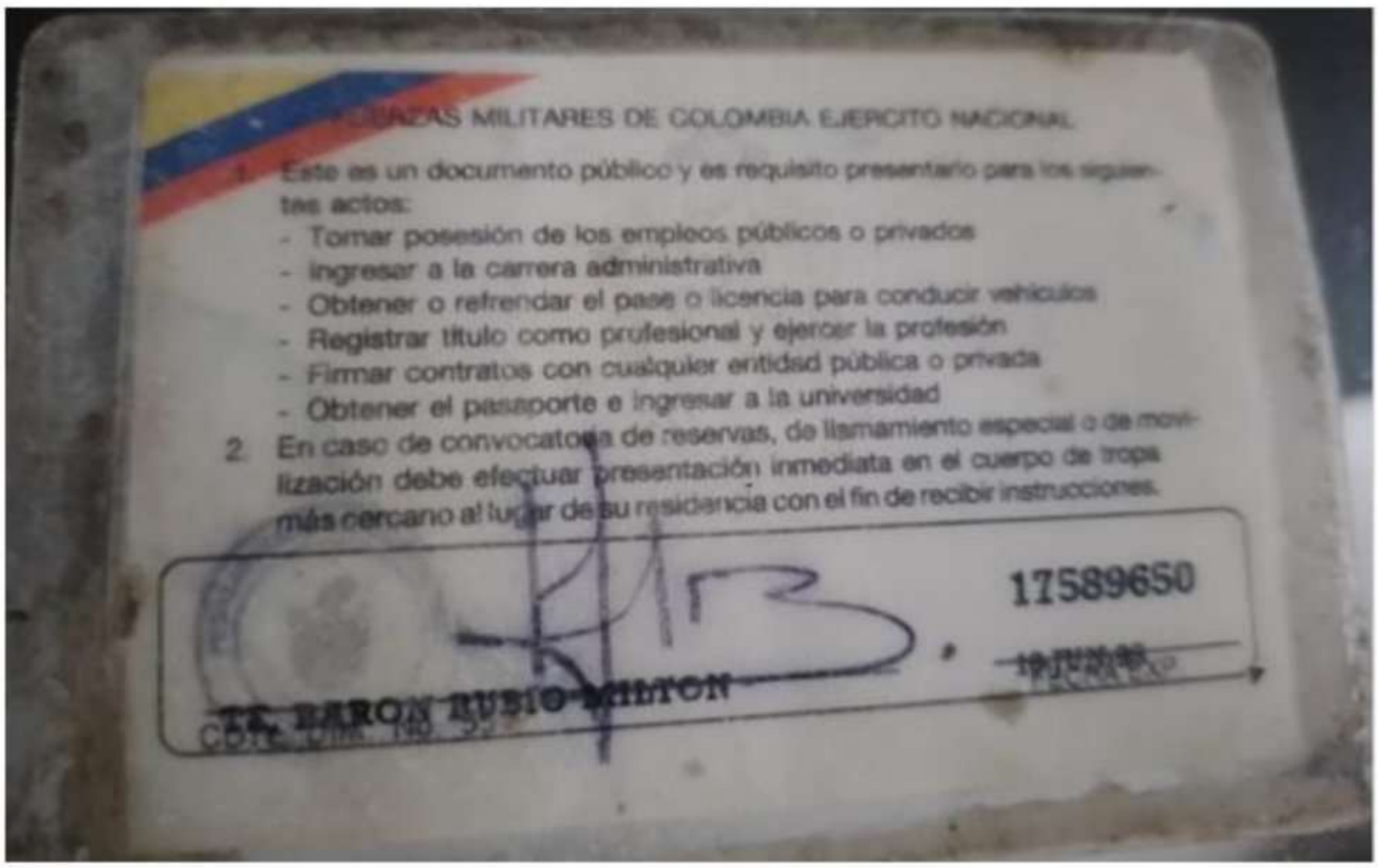
Con Tarjeta de Reservista No. 17589650

Observó BUENA Conducta durante su Servicio

Militar Obligatorio prestado en esta Unidad, del ENE-94 al JUN-95

Apiay 26 Junio-95 TC JAIRO LOZANO PAEZ

LUGAR Y FECHA FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

17589650

TE. BARON RUBIO MILTON

CDTE COMP. No 32

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16-06-21	Pfizer	FA5843	ESE JAC	Johana Torres	
	2	02 8 21	PFIZER	EY0585	CSCWM	Maricely Segau	68208800
	3	29 NOV 2021	Pfzer	FJ1966	ESE IT-CP	Yendra R.	2324932

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	27/10/18	N3P07	Jorge.
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	27/10/18	221J216B	Jorge
	2	27-11-2018		
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	06-04-19	N3N99N	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	26-10-18	221502016B	
	2	07-03-19	221502016B	
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a
MILTON NARCISO SANTANA OJEDA
Con Cédula de Ciudadanía No. 17.589.650

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma
Levantar Muros En Mampostería De Acuerdo Con Normas Planos Y Especificaciones

Codigo 280301006

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Arauca a los catorce (14) días del mes de diciembre de dos mil siete (2007)

HUGO RAMON MARTINEZ ARTEAGA
SUBDIRECTOR CENTRO MULTISECTORIAL DE ARAUCA
REGIONAL ARAUCA

0270 14/12/2007
DE REGISTRO

Vigencia
14 DE Diciembre DE 2012

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a
MILTON NARCISO SANTANA OJEDA
Con Cédula de Ciudadanía No. 17.589.650

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma
Enchapar superficies de acuerdo con las normas planos y especificaciones

Codigo 280301018

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Arauca a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil ocho (2008)

HUGO RAMON MARTINEZ ARTEAGA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA
REGIONAL ARAUCA

2 15/12/2008
REGISTRO

Vigencia
15 DE Diciembre DE 201

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MILTON NARCISO SANTANA OJEDA

Con Cédula de Ciudadanía No. 17.589.650

Participó en el evento

BASICO DE COOPERATIVISMO Y ECONOMIA SOLIDARIA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Arauca a los Cinco (5) *días del mes de* Junio de Dos Mil Nueve (2009)

HUGO RAMÓN MARTINEZ ARTEAGA
ENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA
REGIONAL ARAUCA

SGC2009CP00011 05/06/2009
No Y FECHA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

MILTON NARCISO SANTANA OJEDA

Con Cédula de Ciudadanía No. 17.589.650

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Fundir los elementos de concreto de acuerdo con las normas planos y especificaciones

Codigo 280301024

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Arauca a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil nueve (2009)

HUGO RAMÓN MARTÍNEZ ARTEAGA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA
REGIONAL ARAUCA

2009NC00345 15/12/2009
o Y FECHA DE REGISTRO

Vigencia
15 DE Diciembre DE 20

Powered by CamScanner

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

MILTON NARCISO SANTANA OJEDA

Con Cédula de Ciudadanía No. 17.589.650

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral

y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

Certificado de Aptitud Profesional

Para desempeñarse como:

TÉCNICO EN

OFICIAL DE CONSTRUCCION

Con una duración de 1360 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en Arauca
A los Dieciseis (16) días del mes de Diciembre de Dos Mil Nueve (2009)

HUGO RAMÓN MARTINEZ ARTEAGA
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA
REGIONAL ARAUCA

SGC2009TE00043 16/12/2009
No Y FECHA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

PROVIDENCIA	PROCESO: EJECUCION Y FINALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: CYC-FI GTH
		VERSIÓN: 1.0
	CORRESPONDENCIA	FECHA: 06-2017
		PÁGINA 1 de 1

Arauca, 17 de mayo de 2022

A QUIEN INTERESE

LA CONSTRUCTORA PROVIDENCIA S.A.S. ZOMAC
CON NIT.: 901.508.733-0

CERTIFICA QUE.

El señor(a) **MILTON NARCISO SANTANA OJEDA**, identificado con cédula de ciudadanía *No. 17.589.650 de Arauca*, laboró en la empresa, desde el 22 de octubre 2021 hasta el 22 de noviembre 2021 desempeñando el cargo de ***Oficial de Obra*** desplazándose a la isla de providencia con el fin de realizar labores técnicas para la reconstrucción del archipiélago, posterior al paso de los huracanes ETA Y IOTA.

Se expide la presente certificación a los (17) diecisiete días del mes de mayo de 2022.

Atentamente,

ROGGER CAMILO MOTTA URIBE
Departamento de Talento Humano
Jefe de Talento Humano

Calle 20 #30-53 Barrio la esperanza // Tel (601) 7942623 Ext. 202//
E-mail: recursoshumanos@conycasoluciones.com

Powered by CamScanner

	PROCESO: EJECUCION Y FINALIZACIÓN DE OBRA	CÓDIGO: GEI-FR-50
		VERSIÓN: 1.0
	CORRESPONDENCIA	FECHA: 23-11-2021
		PÁGINA 1 de 1

Arauca, 17 de mayo de 2022

A QUIEN INTERESE

EL CONSORCIO RECONSTRUCCION
CON NIT.: 901.535.481-4

CERTIFICA QUE,

El señor(a) **MILTON NARCISO SANTANA OJEDA** identificado con cedula de ciudadanía *No. 17.589.650 de Arauca*, laboro en la empresa desde el 23 de noviembre de 2021 hasta el 9 de abril de 2022 en el cargo de ***Oficial de Obra*** en la ejecución del contrato No. 026 de 2021 cuyo objeto es **"ELABORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS Y EJECUCIÓN DE OBRAS DE REHABILITACION DE VIVIENDA Y RECONSTRUCCION DE VIVIENDA TIPO RP Y T5 EN LAS ZONAS PRIORIZADAS CORRESPONDIENTE A LA ISLA PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA".**

Se expide la presente certificación a los (17) diecisiete días del mes de mayo 2022.

Atentamente,

ROGGER CAMILO MOTTA URIBE
Departamento de Talento Humano
Jefe de Talento Humano

Calle 20 #30-53 Barrio la esperanza // Tel (601) 7942023 Ext. 202//
E-mail: recursoshumanos@conycasoluciones.com

Powered by CamScanner

EDMUNDO IVÁN LIZARAZO NIÑO
Ingeniero Civil
Matrícula Profesional Nº25202-01490 CND

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo, **EDMUNDO IVÁN LIZARAZO NIÑO**, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.13.438.543 expedida en Cúcuta (Norte de Santander), hago constar mediante la presente que **MILTON NARCIZO SANTANA OJEDA**, con Cédula de Ciudadanía No.17.589.650 expedida en Arauca (Arauca), móvil (321)-484-2779, (322)-881-5698, email: miloje2024@gmail.com, trabajó bajo mis órdenes directas como Técnico en Oficial de Construcción durante el periodo comprendido del 16 de abril de 2022 hasta el 21 de octubre de 2022, en la ejecución del Contrato de Obra No.1837 del 23 de diciembre de 2019, cuyo objeto "CONSTRUCCIÓN DE LA CARRERA 33A CON CICLORUTA Y OBRAS DE URBANISMO INCLUYENDO EL ALCANTARILLADO PLUVIAL ENTRE LA CALLE 19A Y LA CALLE 40 DEL MUNICIPIO DE YOPAL".

Es por ello que es para mí un placer recomendarlo, ya que tiene la experiencia en las labores propias del cargo y domina las herramientas y técnicas inherentes al desempeño de su labor. Además, es una persona muy trabajadora y muy confiable, en la que se pueden delegar tareas importantes.

Atentamente,

EDMUNDO IVÁN LIZARAZO NIÑO
C.C. Nº13.438.543 de Cúcuta, Norte de Santander
Ingeniero Residente Cto.1837 de 2019

Email: musculini55@gmail.com, Móvil: (311) 219-5170, Dirección: Calle 20 Nº22-67, barrio La Esperanza – Arauca, Arauca

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288391892

PIB
07:39:55

Bogotá DC, 13 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MILTON NARCISO SANTANA OJEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17589650:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 07:41:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17589650
Código de Verificación	17589650260113074115

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:42:06 AM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **17589650**

Apellidos y Nombres: **SANTANA OJEDA MILTON NARCISO**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

17589650

Fecha Expedición:

15/06/1993

Nueva Busqueda | Validar Policía

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/01/2026 07:43:29 a. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 17589650 de Nombre: SANTANA OJEDA MILTON NARCISO**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante
81-220-6-2020-5	81220015247	17589650	SANTANA OJEDA MILTON NARCISO			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO

81-220-6-2018-33	015210	17589650	SANTANA OJEDA MILTON NARCISO			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificacion corresponda con el documento de identidad suministrado.

Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución www.policia.gov.co, mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
    - Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
    - Ser nombrado o ascendido en cargo público.
    - Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
    - Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
    - Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).


GOV.CO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.232.713**

VARGAS DIAZ

APELLIDOS

SILVESTRE

NOMBRES

Silvestre Vargas Diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1977**

ARAUQUITA
(ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-OCT-1996 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4001000-00129707-M-0088232713-20081119 **00063**75609A 1 25272973

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 31 de December de 2025

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 VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C88232713	VARGAS DIAZ SILVESTRE	05/01/2026		21414615	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

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 31/12/2025 19:45:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.114.50, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 31/12/2025, el empleador VARGAS RODRIGUEZ SUSAN CAMILA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1020821162 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9714478	31/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	88232713	SILVESTRE VARGAS DIAZ	1750905	MAESTRO DE OBRA	2026-01-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 02 Enero de 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIÓDICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: **SILVESTRE VARGAS DIAZ** SEXO: MASCULINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 88,232,713 EDAD: 48
EPS: NUEVA EPS CARGO: OFICIAL DE OBRA ARL: SURA
EMPRESA: SUSAN CAMILA VARGAS RODRIGUEZ NIT: 1020821162 – 1

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION A + / ESTATURA 1,70 CM / PESO 65 KG		

CONFIDENCIAL

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] **Tratamiento:** SI [ ] NO [X] **¿Cuál?**_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		X	PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso?		
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador?		

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020. Valoración médica *ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.*

Medico

Firma:
Nombre: FERNANDO ROMERO BOSSA
Reg. Medico 79331504

Paciente
Firma: Silvestre Vargas Diaz
Nombre: SILVESTRE VARGAS DIAZ.
Doc. No.: C.C. 88232713

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

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:

SILVESTRE VARGAS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.232.713**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Diciembre del 2025.

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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

NOVEDAD		TIPO DE AFILIADO	
Afiliación Nueva	X	Dependiente	X
Cambio de Empresa		Servicio Doméstico	
Actualización Datos		Madre Comunitaria	
		Taxista	

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI [ ] NO [X]

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamante el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	SUSAN CAMILA VARGAS RODRIQUEZ	
NIT: 1020821162	Dirección de la Empresa: CR 3 N 5 62	Ciudad: ARAUCA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: jjssolucionessas@gmail.com	Número Telefónico: 3505641050

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		88232713	1996-10-01	1977-12-02	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: CUCUTA	Ciudad de Nacimiento: ARAUQUITA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
VARGAS	DIAZ	SILVESTRE

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. X CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2026-01-05	$ 1750905	Fijo X Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
MANZANA A LOTE 13	LA PASTORA VALLES DE JERUSALEN

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
ARAUCA	3202320648	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
silvestrevargas77@gmail.com	Fijo	X	Indefinido		(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	MAESTRO DE OBRA	9622		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]

120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	
Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
Secundaria	X	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]	
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]	

Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social:	Nit:	Salario:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano	[ ]	Indígena	[ ]	Raizal de Archipiélago de San Andrés	[ ]	No se AUTO RECONOCE en ninguno	X
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	1

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)				Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual	[X]	Bisexual	☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
Homosexual	☐	Información No Disponible	☐	Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR	
SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

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 miércoles 31 de diciembre de 2025, a las 19:56:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	88232713
Código de Verificación	882327132512311956O7

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287281255

PIB
19:55:00

Bogotá DC, 31 de diciembre del 2025

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) SILVESTRE VARGAS DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 88232713:

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



OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:56:47 PM horas del 31/12/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **88232713**
Apellidos y Nombres: **VARGAS DIAZ SILVESTRE**

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 31/12/2025 07:57:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **88232713** y Nombre: **SILVESTRE VARGAS DIAZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **131539771** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minarVa(i· 10-00

[Clud.ld	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Cúc....>:lo	15 \ 08 \ 2025		

I. DATOS PERSONALES



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Vanegas	Diaz	Subiest,e.

Profesión, ocupación u oficio		¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficial de Ecg"S:lr	NOll.• -	$1'500.000

Lugar de nacimiento		(*) Estado civil
Arauquita (Arauca)	r1F«Nci.,v,e1m1en1o ,02 ,1'2	Unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
N:rA Cole 13	Valle de Jesus 1n	3202320648

Cédula de ciudadanía N°	(*) Libreta militar N°
88.232.713	OitlnlO N" Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

Licfflo'a dCI conduoeiOn	¿Vi\80da pUP	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	● ☐	Jhon Jairo		

¿EJUI\ m b ◆ IICualmenta?	tEn ◆e .-np<na7	
Si ☐ No [X]	NolKJ	Empleado ☐ Independiente ☐

◆ IM contral O

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	E&IaIIecirriento	Ciudad Arauquita (Arauca)	Ultimo grado cursado 4°	Fecha	
Badilllor■lo	E1Il<blocimie,11€	eludad	Úhimo1Ja01ICU'udo	fCH	
Educación Superior	Establecinienlo	Ciudad	Años cursados	Fecha	
	T/wlo oblttfflido V!O espec!llidad		r:pc, de l:lrrnadOo ☐	TeglOlógica ☐	PnilnionalO

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Enumere iniciando con el último empleo que haya tenido, continuando por el último o actual. Si nunca ha trabajado, pase a la siguiente sección: Educación y Aptitudes)

Nomt>re do◆ O,◆o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
a cbldC construcción y montajes S.AS	Av 34 35-52 Barrio 12 octubre	5806118

Nombre de 111 pre lnmKUo	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
eHsfdx.il Mendoza Gomez	Oficial de construcción

Funciones roa◆

Fecha de ingreso	Fecha d9 11til ◆	Sueldo inicial	su.ldo l'Nl o =tal
14 de noviembre 2020	23 de noviembre 2021	$	$

LlD!Ml dol<e!' °O

Vlrik■ldd◆ /EfPlCGpdus,o,o,,,,,,, t/'eifllt 1!1cblf

Nombfo de la Imp<KII	Dirección	TtlM11noO)

Nomlira dlt '" jale inmlKll◆lO	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Fune,one1.roa◆zadH

F'odla d 11 lnon)so	Fetaaa 1111O	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 15-01-2026 **INDUCCION** [X] **REINDUCCION** [ ]

NOMBRE DEL TRABAJADOR Carlos cristancho

CEDULA DE CIUDADANIA 1073701733 **CARGO** electrico

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes X Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: X Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad X Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Por el ~~evento~~ caida de una escalera Por la cosas en el piso	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. comite de convivencia laboral - COSST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar incendio A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: X cancha Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1
9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Sura	1

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico cubiertos vidrios Papel Restos de Papel y comidas animales Papel higiénico servilletas	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
Carlos Cv. Guacaneme CC.: 1073201752	Pablo Andres Avila PSA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-GES-SST-FM-58
Fecha: 01/03/2024		Página 1 de 2

FECHA 15/07/2026 INDUCCION [X] REINDUCCION [ ] 10/10

NOMBRE DEL TRABAJADOR Oscar Acosta S

CEDULA DE CIUDADANIA 1064[illegible] CARGO Electricista

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Seleccione una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Seleccione tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico ✓ Biológico Ergonómico Físico ✓ Mecánico ✓ Locativo Ruido Químico	1

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___ Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? es cuando ocurre alguna lesion fisica en horas laborales	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Comite de convivencia laboral COPASST	1
7	PLAN DE EMERGENCIAS Qué tipo de emergencias se podrían presentar incendio A quién debo dar aviso de una emergencia al SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: incendio Cancha A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohibe? (marque con una x) ☐ ☒ ☒ ☐ ☒	1

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 3 de 3

8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  reciduos PVC / recidus de comida / reciduos como pape higienico	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la Inducción
Cesar Acosta C. CC.: 1104068566	Pablo Andres Avila PSA

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 14/01/2026 **INDUCCION** ☐ **REINDUCCION** ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR JUAN DAVID CONTRERAS MENDEZ

CEDULA DE CIUDADANIA 1.101.815.358 **CARGO** Oficial

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

Powered by CamScanner

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente ____	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? algo que me sucede realizando mis labores y me causo una lesion	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Comite de convivencia Laboral y COPASST.	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar Derrumbos A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: En las canchas	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1

Powered by CamScanner

9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Axa Colpatria	1
8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico Papel / Cosas de Baño / barrido. Papel higiénico	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la Inducción
Jean Contreras CC.: 1101815238	Pablo Andres A.

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 14/01/2026 **INDUCCION** ☒ **REINDUCCION** ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR EDUAR JOSE ARTEAGA BOLIVAR

CEDULA DE CIUDADANIA 6.841.838 **CARGO** Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	**1**

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

Powered by CamScanner

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente a b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente a b. Al siguiente día ____ c. Cuando me acuerde ____ d. Días después porque me surgió un dolor ____ e. A la semana siguiente ____	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Si me corto realizando mi trabajo	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. COPASST Comita de convivencia Laboral	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar incendio A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: en las canchas	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 3 de 3

9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? axa colpatria	1
8	¿Basándonos en la Imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico metales / Residuos de comida / Paquetes de Papas servilletas	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	x
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	x
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	x

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la Inducción
Eduardo Antequera CC.: 1641838	Pablo Andres Avila

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 14/01/2026 **INDUCCION** ☑ **REINDUCCION** ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR RONAL ALBERTO MENA QUINTERO

CEDULA DE CIUDADANIA 14.326.441 **CARGO** oficial

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:		
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.		**0**
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.		**0,5**
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.		**1**
No.	**TEMAS A EVALUAR**	**CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR**
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✓ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

Powered by CamScanner

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ✓ b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ✓ b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Si me resbalo y me golpeo con mi sitio de trabajo.	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Comite de convivencia, COPASST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar derrumbes A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: canchas del colegio	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1

Powered by CamScanner

9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Axa Colpatria	1
8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Papel / Residuos de comida / Servilletas	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la inducción
Pamela Montenegro CC.: 1143264411	Pablo Andres Acuña PSO

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

10/10

FECHA 14/01/2026 **INDUCCION** ☐ **REINDUCCION** ☐

NOMBRE DEL TRABAJADOR ELKIN JOSE AMAYA GARCIA

CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.795.189 **CARGO** Ayudante

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✓ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes X Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✓ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✓ Asistir a las capacitaciones ✓ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✓ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✓ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Físico  Mecánico  Locativo  Ruido  Químico	1

Powered by CamScanner

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente X b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? Accidente de Trabajo es Si me ocurriono trabajando	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. convivencia laboral COPASST	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar derrumbe A quién debo dar aviso de una emergencia CST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: .A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: en la cancha	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1

Powered by CamScanner

9	¿Cuál es la ARL a la que está afiliado? Axa Colpatria	1
8	¿Basándonos en la imagen nombra productos que se deben clasificar en la obra?  Plastico / Sidvo organicos / Vavidos	1

2. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL PUESTO DE TRABAJO		
	Colocar una X en las casillas que se van cumpliendo (JEFE INMEDIATO)	
No.	DESCRIPCIÓN	
1	Reglamento Interno de Trabajo	X
2	Funciones del cargo -Responsabilidades –Obligaciones y Prohibiciones	X
3	Información de las actividades a realizar, procedimientos de trabajo, horario de trabajo	X

Puntaje Total	
Requiere nuevamente la inducción	Puntaje Total de 1 a 4
Requiere reinducción en los puntos con calificación	Puntaje Total de 5 a 8
Autorizado para iniciar labores	Puntaje Total mayor a 8

Nombre y Firma del Trabajador	Nombre y Firma de quien realiza la Inducción
CC.: 1088795189	Pablo Andres Ruiz PSO

Powered by CamScanner

CONSORCIO CORAL INGENIERIA		
Versión: 01	EVALUACION DE INDUCICÓN Y RE INDUCCIÓN SST	CORAL-SED-SST-FM-58
Fecha: 01/09/2024		Página 1 de 3

FECHA 13-01-2026 **INDUCCION** [X] **REINDUCCION** [ ] 10/10

NOMBRE DEL TRABAJADOR MIGUEL FERNANDO ROJAS

CEDULA DE CIUDADANIA 79.249.288 **CARGO** OFICIAL

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
Insatisfactorio: No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	0
Bueno: Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	0,5
Alto desempeño: Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	1

No.	TEMAS A EVALUAR	CALIFICACION ESPACIO PARA EL EVALUADOR
1	¿Que se quiere lograr con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? Selecciones una respuesta: ✔ Mantener la comodidad y el confort en funcionarios y visitantes ✔ Brindar ambientes sanos, seguros y saludables a todos los colaboradores. ✔ Favorecer los actos y las condiciones inseguras	1
2	Seleccione 3 responsabilidades que tiene usted frente al sistema de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo: ✔ Asistir a las capacitaciones ✔ Cumplir con el horario establecido por la entidad ✔ Reportar condiciones inseguras y actos inseguros ✔ Procurar el autocuidado	1
3	Selecciones tres riesgos a los que está expuesto en su trabajo:  Ergonómico  Biológico  Ergonómico  Fisico  Mecánico  Locativo  Ruido  Quimico	1

4	Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ✓ b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___ Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar: a. Inmediatamente ✓ b. Al siguiente día ___ c. Cuando me acuerde ___ d. Días después porque me surgió un dolor ___ e. A la semana siguiente ___	1
5	¿Qué es accidente de trabajo? UNA CAIDA UNA CORTADA UN TROPEZON	1
6	Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo. COPASST COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo.	1
7	**PLAN DE EMERGENCIAS** Qué tipo de emergencias se podrían presentar SISMO INCENDIO A quién debo dar aviso de una emergencia SST Qué tipo de emergencias se podrían presentar: A quién debo dar aviso de una emergencia: Indique la ubicación del (los) punto de encuentro: PARQUE O CANCHA Indique la ubicación del (los) punto de encuentro:	1
8	¿La política de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas prohíbe? (marque con una x) 	1