CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL NIT 899.999.061-9 Y EL CONSORCIO EDUCATIVO 25, NIT. 901.973.696-9

CONTRATO OBRA No. CO1.PCCNTR.8155350

OBJETO:

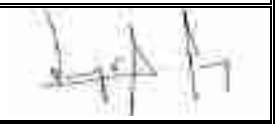
“ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASÍ COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FÍSICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS – LOTE 18".

INFORME MENSUAL SST No. 07

PERIODO DEL 03 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DEL 2026

ABRIL 2026

INTERVIENEN:

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ALABÓRO:	VIVIANA LUENGAS AMAYA	RESIDENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE OBRA	
REVÍSO:	DIEGO ARMANDO REY	DIRECTOR DE OBRA	
APROBAR INTERVENTORÍA:	KATERIN NUÑEZ	RESIDENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE INTERVENTORÍA	
REVISO INTERVENTORÍA:	LORENA RODRÍGUEZ	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	

CONTROL DE CAMBIOS:

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
0.0	02 DE MAYO DE 2026	VERSIÓN INICIAL

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4
2. OBJETIVO 4
3. DATOS GENERALES DEL CONTRATO 5
4. DESCRIPCIÓN DE LOS PROYECTOS 5
4.1 Localización de los proyectos 5
5. ALCANCE DEL PROYECTO 6
5.1. Mantenimiento Preventivo: 7
5.2. Reparaciones de Correctivo: 8
5.3. Actividades Específicas: 8
6. ORGANIGRAMA DE OBRA. 8
7. RELACIÓN DE POLIZAS DE CONTRATO. 9
7.1 POLIZAS FIRMA CONTRATO. 9
7.2 POLIZAS ACTA DE INICIO. 10
8. DOCUMENTOS TRAMITADOS. 10
9. ACTAS DE COBRO TRAMITADAS. 11
10. PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS 11
10.1. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST. 11
10.2. Objetivos del componente SST. 11
10.3. Actividades realizadas. (Anexos 1,2,3) 11
10.4. Relación de personal en el proyecto. 13
10.5. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social. (anexo 4,5) 18
10.6. inducción de ingreso. (Anexo 6) 19
10.7. Incidentes/accidentes. (anexo 7) 20
10.8. Elementos de protección personal. (Anexo 8) 20
10.9. Programa de Charlas SST. (anexo 9) 21
10.10. Aseo y limpieza. 24
10.11. Personal Retirado. (Anexo 10) 25
10.12 Trabajo seguro en Alturas (Anexo 11) 26
10.13. Registro Fotográfico (anexo 12) 27
10.14. Certificados Parafiscales (anexo 13) 27
10.15. Maquinaria, equipos y Vehículos (anexo 14) 28
10.16 Bienestar (Anexo 15) 29
10.17 Copasst y CCL (Anexo16) 30
10.18 Emergencias 30

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) tiene como finalidad presentar las acciones implementadas, el desarrollo de las actividades y los resultados obtenidos en el marco del contrato suscrito, orientado a la ejecución de obras y adecuaciones en diferentes instituciones educativas.

En cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y la legislación nacional (Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, entre otras), se desarrollaron estrategias para la prevención de incidentes, la mitigación de riesgos laborales y la protección de la integridad física y mental de los trabajadores, contratistas y comunidad educativa.

Este documento compila la gestión realizada dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) durante el desarrollo de las actividades contractuales, incluyendo la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, implementación de controles, programas de capacitación, inspecciones en obra, medidas de prevención y seguimiento a las condiciones seguras de trabajo.

De igual manera, el informe evidencia el compromiso institucional con la mejora continua, la promoción de ambientes laborales seguros y el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos, garantizando así la ejecución de las labores en condiciones que salvaguarden la salud, seguridad y bienestar de todos los actores involucrados en los procesos de adecuación y mantenimiento de las instalaciones educativas.

2. OBJETIVO

Garantizar que las instalaciones físicas sean funcionales, seguras, cómodas y adecuadas para el desarrollo eficiente de las actividades laborales y educativas, cumpliendo con la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo, accesibilidad y sostenibilidad.

3. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

1.1.1.1.1.1 Tabla 1. Datos del contrato de obra.

CONTRATO DE OBRA No:	CO1.PCCNTR.8155350 del 8 de septiembre de 2025.
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". LOTE 18.
LOCALIZACIÓN PROYECTO:	Bogotá D.C.
PLAZO DE EJECUCIÓN	7 meses
ACTA DE INICIO	3 de octubre de 2025
FECHA INICIAL TERMINACIÓN	02 de mayo de 2026
VALOR INICIAL DE CONTRATO	**$ 2.551.797.666,00**
CONTRATANTE	SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO
SUPERVISOR (A)	HERNAN LÓPEZ PÁEZ
CONTRATISTA	CONSORCIO EDUCATIVO 25
NIT.	901.973.696-9
REPRESENTANTE LEGAL	DAYANNA ALEJANDRA BAQUERO AGUILAR
INTERVENTORÍA	PROVENTE S.A.S
NIT.	829.001.061-1
ESTADO ACTUAL:	EN EJECUCIÓN

Actualizado al 31/10/2025

4. DESCRIPCIÓN DE LOS PROYECTOS

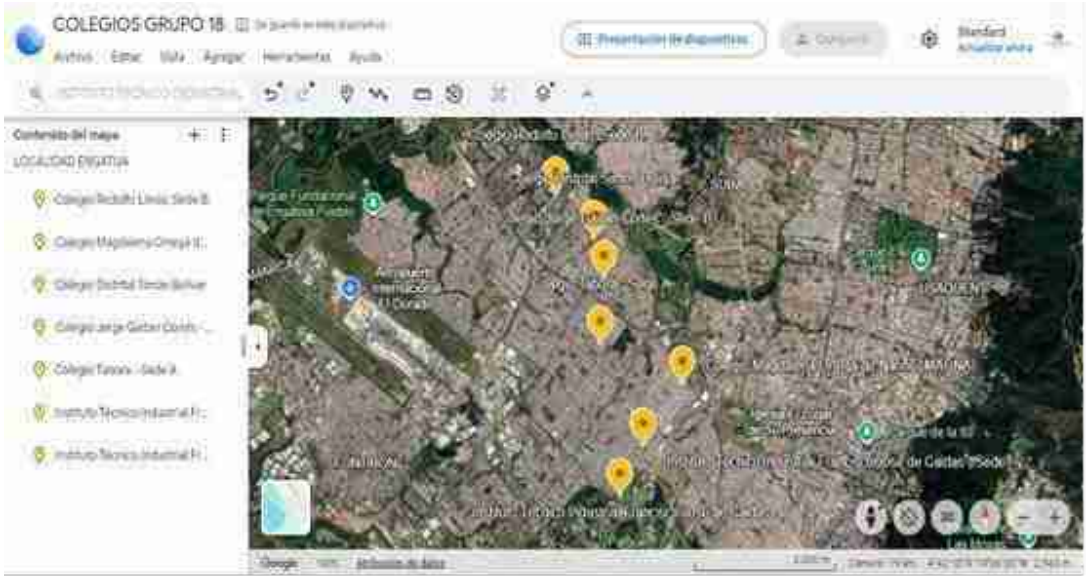
4.1 Localización de los proyectos

Los presentes proyectos se desarrollarán en siete (07) colegios ubicados en la localidad de Engativá - Lote 18:

Tabla 2. Listado de Colegios a intervenir. Fuente: Elaboración Propia.

GRUPO 18 (ZONA NOR OCCIDENTE) ENGATIVA					
CPF	Localidad	Colegio	Sede Educativa	Dirección	Zona
1078	ENGATIVA	RODOLFO LLINAS	SEDE B - BOCHICA COMPARTIR	CALLE 87 No. 102-55	NOR OCCIDENTE
1052	ENGATIVA	SIMON BOLIVAR	SEDE A - SIMON BOLIVAR	KR- 92 # 87 A 60	NOR OCCIDENTE
1066	ENGATIVA	MAGDALENA ORTEGA	SEDE A - MAGDALENA ORTEGA DE NARIÑO	KR69 B # 78 A - 36	NOR OCCIDENTE
1019	ENGATIVA	JORGE GAITAN CORTES	SEDE B - LA ESPAÑOLA	KR 84 # 83- 71	NOR OCCIDENTE
1001	ENGATIVA	TABORA	SEDE A - TABORA	KR 77 B#74A-02	NOR OCCIDENTE
1061	ENGATIVA	INTITUTO TECNICO INDUSTRIAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS	SEDE A - INST. TEC. FCO JOSE DE CALDAS	AVENIDA CARRERA 63 # 68-82	NOR OCCIDENTE
1008	ENGATIVA	INTITUTO TECNICO INDUSTRIAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS	SEDE C - CLEMENCIA DE CAICEDO	CRA 60 # 67 -84	NOR OCCIDENTE

1.1.1.1.1.1.1 Ilustración 1. Área de intervención. Fuente: Google Earth



5. ALCANCE DEL PROYECTO

El propósito del proyecto es “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 – LOTE 18.”

La Secretaría de Educación del Distrito, como ente rector del sector educativo en el nivel distrital, tiene dentro de sus responsabilidades el liderazgo en la formulación, ejecución y control de políticas, planes, programas y proyectos orientados a garantizar el derecho a la educación, mediante el acceso equitativo a instalaciones seguras, funcionales y adecuadas para el desarrollo de las actividades académicas y administrativas.

En este sentido, la ejecución de obras de adecuación, mantenimiento y mejoramiento se enmarca en el cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” (2024–2027) y del Plan Sectorial de Educación, que establecen entre sus objetivos estratégicos la atención al déficit social y físico en los entornos educativos, asegurando espacios que promuevan la permanencia escolar, la calidad educativa y el bienestar de la comunidad educativa.

Así mismo, la necesidad de realizar este tipo de intervenciones se fundamenta en la responsabilidad institucional de mantener en óptimas condiciones la infraestructura educativa y administrativa de la entidad, garantizando la seguridad, salubridad, funcionalidad e integridad de los espacios donde se desarrolla la misión institucional. Estas acciones permiten preservar la infraestructura existente, prevenir deterioros estructurales y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios educativos distritales.

En conclusión, este proyecto constituye una acción prioritaria de inversión pública que contribuye al fortalecimiento del sistema educativo distrital, respondiendo de manera oportuna a las necesidades de infraestructura física y promoviendo condiciones dignas, seguras y sostenibles para el desarrollo de las actividades pedagógicas y administrativas en el marco de la gestión integral de la Secretaría de Educación del Distrito.

En cumplimiento con lo anterior, se definen cada uno de los alcances establecidos del contrato así:

5.1. Mantenimiento Preventivo:

Ejecución de obras menores correspondientes:

- ✓ Servicios de edificación, construcción de instalaciones y mantenimiento.
- ✓ Revisión general y limpieza de paredes exteriores, interiores y divisiones internas.
- ✓ Revisión general y limpieza externa de cubiertas.
- ✓ Revisión general y limpieza de cielo raso.
- ✓ Revisión general y limpieza de superficies expuestas de puertas y ventanas.
- ✓ Revisión general y limpieza de canales.
- ✓ Revisión general y sustitución de lámparas.

Esta modalidad de mantenimiento se ejecutará de acuerdo con las visitas de diagnósticos efectuadas por las partes, donde se delimitarán los alcances y obras a realizar en las edificaciones, esto con el fin de llevar un control presupuestal y un cronograma de obra para la ejecución de actividades.

5.2. Reparaciones de Correctivo:

Refiere a intervención de Instalaciones físicas:

- ✓ Desmonte de muros, cielo raso y pisos.
- ✓ Reparación/mantenimiento e instalación de tejas.
- ✓ Pintura de muros y techos.
- ✓ Reparación e instalación de pisos y enchapes.
- ✓ Reparación/mantenimiento e instalación de puertas.
- ✓ Reparación/mantenimiento e instalación poliuria.

Para el correcto y eficaz desarrollo de las obras, se consideran como mínimo, tres (3) frentes de trabajo simultáneos, con dedicación de personal permanente para el desarrollo del alcance de esta sede.

5.3. Actividades Específicas:

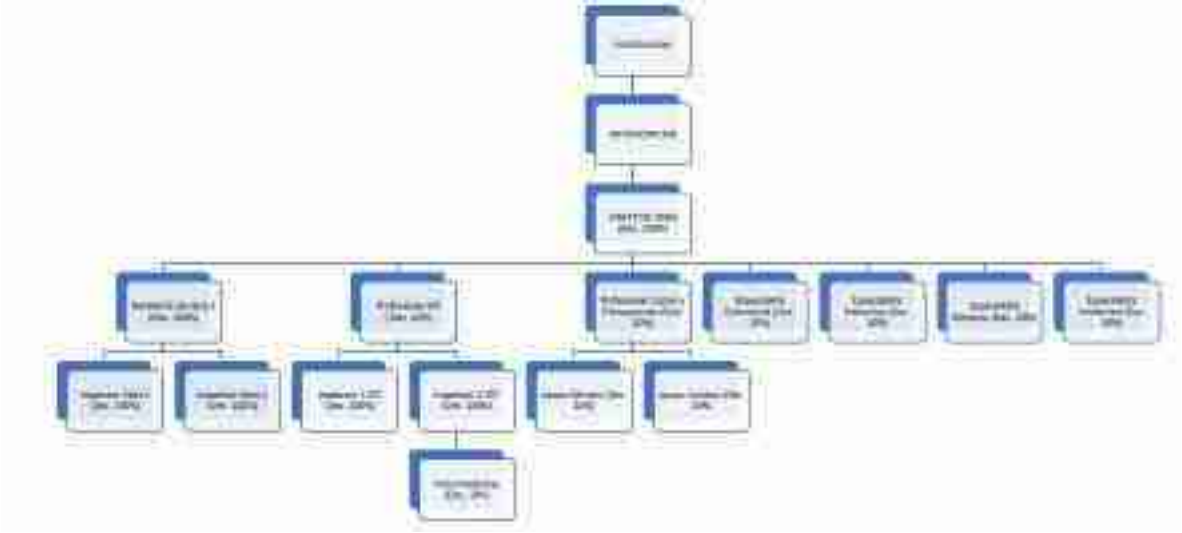
Dentro del alcance general del presente proyecto se contemplan las siguientes actividades:

- ✓ Preliminares (Desmontes y Retiro).
- ✓ Pisos enchape.
- ✓ Carpintería metálica.
- ✓ Estructura y Cubierta tipo Sándwich.
- ✓ Impermeabilización de superficies expuestas.
- ✓ Muros - Pintura.
- ✓ Conformación cancha múltiple.
- ✓ Ventanas.
- ✓ Divisiones de baños.
- ✓ Conformación shut basuras.
- ✓ Conformación caste vigilantes.
- ✓ Atención Emergencias.
- ✓ Obras exteriores.
- ✓ Entre otras.

6. ORGANIGRAMA DE OBRA.

A continuación, se realiza la Representación gráfica de la estructura del contrato CO1.PCCNTR.8155350, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas.

Ilustración 2. Organigrama ejecución del contrato



7. RELACIÓN DE PÓLIZAS DE CONTRATO.

Para la ejecución del contrato de Obra No. CO1.PCCNTR.8155350, El CONSORCIO EDUCATIVO 25, cuenta con todas sus pólizas vigentes, garantizando la ejecución del proyecto. Para esto, cuenta con la póliza de seguro de cumplimiento actualiza No CV-100054114, póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual No CV-100015150 y póliza Todo riesgo No CV-100054114, expedidas por la compañía ASEGURADORA MUNDIAL.

A continuación, se relacionan las garantías adscritas de las pólizas del contrato de obra CO1.PCCNTR.8155350.

7.1 PÓLIZAS FIRMA CONTRATO.

COMPAÑÍA DE SEGURO	NUMERO	Amparo	Vigencia		Valor asegurado	Estado de la póliza
			Desde	Hasta		
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO:2	CUMPLIMIENTO	08/09/2025	10/12/2026	$510.359.536	Vigente
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO:2	PAGOS DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	08/09/2025	10/04/2029	$255.179.768	Vigente
Seguros Mundial	CV-100015150 ANEXO: 0	RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRACONTRACTUAL	08/09/2025	10/04/2026	$427.050.000	Vigente
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO:2	ESTABILIDAD DE LA OBRA	Vigencia de tres (3) años constados a partir del vencimiento del plazo de ejecución		$510.359.536	Vigente

COMPAÑÍA DE SEGURO	NUMERO	Amparo	Vigencia		Valor asegurado	Estado de la
Seguros Mundial	CV-100000111 ANEXO:1	TODO RIESGO	08/09/2025	30/04/2026	$2.551.797.666	Vigente

7.2 PÓLIZAS ACTA DE INICIO.

COMPAÑÍA DE SEGURO	NUMERO	Amparo	Vigencia		Valor asegurado	Estado de la póliza
			Desde	Hasta		
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO: 4	CUMPLIMIENTO	03/10/2025	03/01/2027	$510.359.536	Vigente
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO: 4	PAGOS DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	03/10/2025	02/05/2029	$255.179.768	Vigente
Seguros Mundial	CV-100015150 ANEXO: 1	RESPONSABILIDAD CIVIL Y EXTRACONTRACTUAL	08/09/2025	02/05/2026	$427.050.000	Vigente
Seguros Mundial	CV-100054114 ANEXO: 4	ESTABILIDAD DE LA OBRA	Vigencia de tres (3) años constados a partir del vencimiento del plazo de ejecución		$510.359.536	Vigente
Seguros Mundial	CV-100000111 ANEXO: 4	TODO RIESGO	03/10/2025	03/07/2026	$2.551.797.666	Vigente

Se recibe aprobación de pólizas iniciales mediante correo recibido con fecha octubre de 2025.

Tabla 3. Relación del estado jurídico.

PRÓRROGAS Y ADICIONES	NO
MULTAS	NO
INCUMPLIMIENTO	NO
SANCIONES	NO

8. DOCUMENTOS TRAMITADOS.

Las actas tramitadas a la fecha son:

Actas	Descripción	Fecha	Valor	Comentario
1	Acta de Inicio de contrato	03/10/2025	$ 2.551.797.666	

9. ACTAS DE COBRO TRAMITADAS.

Las actas tramitadas a la fecha son:

Actas	Descripción	Fecha	Valor	Estado
1	Acta de cobro	3-12-2025	401,752,040	En tramite

10. PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS

10.1. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST.

Basados en los requisitos legales reglamentarios aplicables a seguridad y salud en el trabajo, “ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓNON, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓNON DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS de LOTE 18”.

Se establece el sistema como herramienta de gestión, con el objetivo de administrar los recursos, promover las buenas prácticas, previniendo los posibles accidentes y enfermedades laborales que surjan en el proyecto.

10.2. Objetivos del componente SST.

El objetivo del componente está orientado esencialmente en brindar a todos los colaboradores, ambientes sanos libres de cualquier riesgo o peligro que se origine por los factores o condiciones físicas, mecánicas, químicas, ergonómicas y psicosociales que le puedan generar posibles consecuencias a la salud. Así como, las recomendaciones generales para la prevención de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales.

10.3. Actividades realizadas. (Anexos 1,2,3)

Debido a la naturaleza de las actividades ejecutadas en los diferentes frentes de trabajo, se implementan de manera sistemática los controles operativos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Entre

estos se incluyen la elaboración de Análisis de Trabajo Seguro (ATS), la gestión y verificación de permisos de trabajo, así como la realización de inspecciones a herramientas, equipos y demás elementos asociados a la operación. Estas acciones permiten identificar peligros, evaluar riesgos y asegurar el desarrollo seguro y continuo de las labores programadas.

FRENTE	ACTIVIDAD
IED SIMÓN BOLÍVAR SEDE A	• Instalación eléctrica Aula 3-4 • Instalación ventanería aula 3-4 • Instalación puertas aula 3-4 • Cimentación aula modular • Instalación estructura metálica aula modular • Estuco y pintura • Excavación y cárcamos.
ITI FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS SEDE A	• Arreglo filos y enchape mochetas baño. • Pañete, estuco y pintura, muros internos y externos de baños • Instalación de aparatos sanitarios
IED MAGDALENA ORTEGA SEDE A	• Construcción sut de basuras. • Estuco y pintura • Enchape en shut de basuras
ITI FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS SEDE C	• Construcción de shut de basuras • Mantenimiento placa baños. • Instalación bordillos en patio
IED TABORA	• Estructuración de zona dura en adoquín. • Instalación de zona de descanso • Arreglo de adoquín • Plantación de vegetación
IED JORGE ELIECER GAITÁN	• Cárcamos • Construcción de shut de basuras
IED RODOLFO LLINÁS SEDE B	• Mantenimiento cerramiento perimetral.
IED TORQUIGUA	• Construcción de shut de basuras, cuarto tanques • Estuco y pintura • Instalación de enchape

10.4. Relación de personal en el proyecto.

Se elabora un informe del personal existente y del personal ingresado durante el periodo reportado, correspondiente a los diferentes frentes de trabajo. Este personal rota entre los frentes según las necesidades operativas, con el fin de dar inicio y continuidad a las actividades técnicas y constructivas.

1.1.1.1.1.2 Tabla 4. Personal administrativo aprobado

CEDULA	NOMBRE	CARGO
1032357215	Diego Armando Rey Olarte	Director de Obra
1049630740	Hugo Ferley López	Residente de Obra
1013606215	Erika Katherine Vega	Profesional SST
1019052718	Viviana Luengas Amaya	Técnico SST1
1018475231	Karen Julieth Jaramillo	Técnico SST 2
1031177244	Brayan Leonardo Moreno	Inspector de Obra 1
1072198453	Emily FaysulyTriana	Inspector de obra 2
1121918202	Dayanna Alejandra Baquero	Profesional Costos y Presupuestos
80098348	Xavier Fernando Hurtado	Especialista Estructural

1.1.1.1.1.2.1 Tabla 5. Personal Operativo aprobado

CEDULA	NOMBRE	CARGO	FECHA ING	CONTRATISTA
1069129017	Jonatan Michel Gómez Miranda	Oficial	15-10-25	WNM Ingenieros
93123070	José Agustín Sánchez Fuentes	Auxiliar	15-10-25	WNM Ingenieros
3121681	Diego Alexander Pachón	Auxiliar	19-01-26	WNM Ingenieros
11306780	José German Romero Camacho	Auxiliar	Aprobado – no ingreso	WNM Ingenieros
80014605	Oscar Jiménez Pérez	Soldador	02-02-26	WNM Ingenieros
1023893655	Wilson Alexander Mesa Ladino	Operario	19-01-26	WNM Ingenieros

79904525	Willington Niño Melo	Contratista	21-11-25	WNM Ingenieros
74754796	José Tadeo Salamanca Diaz	Oficial-destronque	02-1-26	WNM Ingenieros
1001269924	Jeisson Steven Buitrago Monsalve	Oficial Eléctrico	Aprobado – no ingreso	Energiza
1279536	José Rene González Cardenas	Ayudante Eléctrico	Aprobado – no ingreso	Energiza
79510176	Mauricio Bermúdez Romero	Oficial Eléctrico	20-1-26	Energiza
1007101928	Jeisson Estiben Hernández Merchan	Eléctrico	Aprobado – no ingreso	Energiza
1026587638	Juan Carlos Flórez Galindo	Eléctrico	Aprobado – no ingreso	Energiza
1014662676	Anderson Fabian Rodríguez Mejia	Eléctrico	20-1-26	Energiza
1195585017	Miguel Ángel Escorcia Orduz	Eléctrico	Aprobado – no ingreso	Energiza
79263057	Carlos Humberto Castro Caro	Contratista		C&S Ingeniería y soluciones sas
1019042897	Cristhian Camilo Castro Sánchez	Residente de obra		C&S Ingeniería y soluciones sas
80.0185.12	Giovani Francesco Torres Rodríguez	Oficial	Aprobado – no ingreso	C&S Ingeniería y soluciones sas
1030641085	Jonnathan Ladino Gómez	Oficial	Aprobado – no ingreso	C&S Ingeniería y soluciones sas
79206157	Arnulfo Roa Torres	Oficial	Aprobado – no ingreso	C&S Ingeniería y soluciones sas
80128426	Wilson Ramiro Bohorquez Melo	Oficial	Aprobado – no ingreso	C&S Ingeniería y soluciones sas
101241459	Jonathan Fabian Rojas Mendoza	Oficial	Aprobado –	C&S Ingeniería

			no ingreso	y soluciones sas
1030523897	David esteban Bautista Chikiza	Oficial	Aprobado – no ingreso	C&S Ingeniería y soluciones sas
1019037328	Jhon Alexey Hernández Piedrahita	Oficial	18-2-26	C&S Ingeniería y soluciones sas
1063493374	Keiner Antonio Quevedo Meza	Auxiliar eléctrico	23-2-26	Energiza
4264940	Luis Eduardo Robles Torres	Ayudante		SAG
1073600197	Carlos Alberto Velez Torres	Oficial	1-2-26	WNM Ingenieros
1104011403	Jaudys Manuel Lambrano Perez	Oficial		WNM Ingenieros
1118563916	Jorman Alejandro Torres Reyes	Oficial	Se radico en febrero, ingreso el 14-3-26	Ingoriente
1033715273	Cristan Andrés Ordoñez	Ayudante	13-3-26	Ingoriente
1233893473	Maicol Sebastián Caita Rodríguez	Oficial	1-4-26	Ingoriente
97610891	Pedro Alexander Murcia Buitafo	Maestro	14-3-26	Ingoriente
1028664043	Yojan David Bocanegra Vallejo	Ayudante	Aprobado no ingreso	Ingoriente

Tabla 6. Personal radicado en el periodo

CEDULA	NOMBRE	CARGO	FECHA ING	CONTRATISTA
1005675745	Devinson Alberto Noriega Castro	Instalador	PERSONAL FLOTANTE	Aluvid
79599683	José Orlando Salinas Acosta	Plantador	PERSONAL FLOTANTE	Bosque andino
8167095	Pedro Antonio Chiquillo	Plantador	PERSONAL FLOTANTE	Bosque andino

	Caraballo			
1016063698	Cristian Kevin Sánchez Bravo	Eléctrico		Energiza
Ppt 5733294	Erick Xavier Flores González	Eléctrico	6-4-26	Energiza
80270364	José Alfredo Garzon Osaza	Eléctrico	6-4-26	Energiza
1024555679	Jeferson Soriano Cadena	Eléctrico	8-4-26	Energiza
Ppt 5083626	Neiker Javier Gamarra Gamarra	Eléctrico	8-4-26	Energiza
79741711	Wilmar Guiovani Galindo Tiriat	Eléctrico	Aprobado no ingreso	Energiza
80744760	Andrés Mauricio Mora Pineda	Eléctrico	Aprobado no ingreso	Energiza
4060119	Fernando Miguel Mora Sissa	Eléctrico	Aprobado no ingreso	Energiza
79973284	José Vicente Ramírez Rativa	Eléctrico	Aprobado no ingreso	Energiza
1002069917	Robin Rafael Angulo Mesina	Eléctrico	Aprobado no ingreso	Energiza
1000001369	Sebastián García Rodríguez	Eléctrico	24-4-26	Energiza
1000776107	Charlie Andrés Rodríguez Embus	Oficial	21-4-26	Ingoriente
1014857538	Diego Alejandro Valencia Ordoñez	Ayudante	7-4-26	Ingoriente
1002229827	Emmanuel de Jesús Escobar Vasquez	Oficial	Aprobado no ingreso	Ingoriente
1000776106	Brandon Daniel Rodríguez	Oficial	Aprobado no ingreso	Ingoriente

			29-4-26	
79901647	Alexander Rincon Martínez	Instalador	Aprobado no ingreso	Steel Panel
80267231	Jorge Enrique Barrera Chaparro	Instalador	Aprobado no ingreso	Steel Panel
1022929019	José Alexander Montiel Camacho	Instalador	Aprobado no ingreso	Steel Panel
79918532	Luis Alejandro Méndez Zambrano	Instalador	20-4-26	Steel Panel
80875620	Héctor Alfonso Casallas Clavijo	Pintor	INGRESO EN MAYO	Construdeportivas
92698882	Lacides Manuel Acevedo Osorio	Pintor	INGRESO EN MAYO	Construdeportivas
1031172233	Eduan Andrés González Rueda	Oficial	14-4-26	Tred

1.1.1.1.1.2.2 Tabla 7. Personal Flotante radicado

CEDULA	NOMBRE	CARGO	FECHA ING	CONTRATISTA
7571563	Hidalgo David Montero Gutiérrez	Aserrador	20-12-25	Tala y Poda
5124771	José Francisco Ortiz Llerena	Aserrador	20-12-25	Tala y Poda
1065828798	Osnaider Madera Cadena	Aserrador	20-12-25	Tala y Poda
1068136608	Tomas Jasler Caraballo Padilla	Instalador		Aluvid
80101901	Juan Gabriel Rojas Nieto	instalador	22-1-26	Aluvid
119358891	Alvaro Alfonso Iriarte Borja	instalador	22-1-26	Aluvid
1104413170	Ricardo Emiro Benitez Morelo	instalador	22-1-26	Aluvid
5183103	Jhoan Manuel Méndez	Instalador		Ornamentación L&M

	Méndez			
1026605930	Wilmer Jose Rivera David	Instalador		Ornamentación L&M
1083052683	Juan Jonys Mazenett David	Instalador		Ornamentación L&M
3135067	Jose Simeon Charry Saenz	Aserrador		Tala y Poda
12436951	Jaider Rafael Rodriguez Villazon	Aserrador		Tala y Poda
1083463321	José Nerandy Olivera Saldaña	Instalador Divisiones	18-12-25	Inoxideas
1134330353	Beiker David Castañeda Zabaleta	Instalador Divisiones	18-12-25	Inoxideas

Nota: el personal de Aluvid, Ornamentación L&M y tala y poda, se registra como personal flotante ya que no están 100% en obra.

10.5. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social. (anexo 4,5)

Para el proyecto "ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FISICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVÉS DE LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS de LOTE 18. es fundamental llevar acabo las afiliaciones y pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de sus trabajadores, dando total cumplimiento a lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y las normas que la reglamentan y desarrollan, según lo definido para las afiliaciones dependientes e independientes de los participantes del proyecto en mención, todo direccionado a cobijar a todos los empleados para que en el momento de requerir cualquier de los servicios de salud ellos cuenten con este servicio de manera rápida y oportuna, para mayor veracidad de la documentación la unión temporal envía de manera previa a la interventoría toda la información del personal nuevo que hará parte del proyecto.

Es preciso mencionar que para el periodo evaluado las afiliaciones del personal vinculado al proyecto ya sea modalidad directa o subcontratista fue radicado antes de ser ingresados a los diferentes frentes de trabajo.

Se adjunta carpeta con documentación del personal.

1.1.1.1.1.2.3 Tabla 7. Planillas de seguridad

CONTRATISTAS	NIT
WNM INGENIEROS	900.174.002
CONSORCIO EDUCATIVO 25	901.973.696
ENERGIZA	901.495.759
INOXIDEAS	901.208.975
C&S INGENIERÍA Y SOLUCIONES SAS	901.129.329
ORNAMENTACION L&M	901.766.945
INGORIENTE	900.337.484
COSNTRUDEPORTIVAS	901.973,696

10.6. inducción de ingreso. (Anexo 6)

Todas las inducciones al cargo se desarrollan conforme a la metodología establecida por cada subcontratista, abordando contenidos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), y dando cumplimiento al cronograma de inducciones y capacitaciones definido en el Plan del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Es importante señalar que, una vez se obtienen los resultados de los exámenes ocupacionales de ingreso y se verifica la información correspondiente a las afiliaciones al sistema de seguridad social, el contratista procede a convocar al nuevo trabajador para realizar la inducción al cargo. Este proceso tiene como finalidad suministrar información esencial para su desempeño seguro, incluyendo la notificación del riesgo, la cual contempla los procedimientos de prevención y promoción de la salud integral del trabajador, así como los lineamientos para identificar, evaluar, minimizar o eliminar los riesgos que puedan comprometer su integridad física.

Durante el periodo reportado, la inducción del personal nuevo se llevó a cabo en cada una de las sedes de contratación del subcontratista, asegurando la cobertura y cumplimiento de las actividades programadas dentro del cronograma de inducción y capacitación del SG-SST.

1.1.1.1.1.3 Registro fotográfico soporte actividad.





10.7. Incidentes/accidentes. (anexo 7)

Como se puede evidenciar la siguiente grafica describe que para el mes evaluado no se presentaron accidentes, ni incidentes en los frentes de obra, esto se debe en gran medida a la gestión del grupo de trabajo del área SST y la colaboración de personal laboral.

Tabla 8. Incidentes/Accidentes



10.8. Elementos de protección personal. (Anexo 8)

Nos complace informar que para el periodo reportado hemos llevado a cabo la entrega de elementos de protección personal al ingresar el personal a la empresa al lugar de trabajo establecido, así como en reposición cada vez que sea

necesario. Esta medida se ha implementado con el objetivo de cumplir con la normatividad legal vigente y garantizar la seguridad y salud de nuestro personal. Nos aseguramos de proporcionar los equipos necesarios, como cascos, guantes, gafas de seguridad y tapabocas, entre otros, para proteger a nuestros trabajadores de posibles riesgos y accidentes laborales. Esta acción demuestra nuestro compromiso con el cumplimiento de las regulaciones y con el bienestar de nuestro equipo.

10.9. Programa de Charlas SST. (anexo 9)

Cada una de las charlas semanales de cinco minutos tienen como objetivo brindar a todos los trabajadores conocimientos que les ayuden a evitar incidentes/accidentes en la empresa, contribuyendo de esta manera a crear hábitos de seguridad enfocados a la prevención lo que les permitirá ampliar su formación en habilidades y responsabilidades en las tareas asignadas en el proyecto.

A continuación, se anuncian las series de charlas desarrolladas en el periodo reportado para dar cumplimiento con lo estipulado.

1.1.1.1.1.3.1 Tabla 10. charlas/ capacitaciones IED Simón Bolívar

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
7-4-26	Comunicaciones de peligros	Viviana Luengas
7-4-26	Inducción	Viviana Luengas
9-4-26	Comunicación eficaz	Viviana Luengas
10-4-26	Fichas de datos de seguridad de material químico	Viviana Luengas
13-4-26	Seguridad con la sierra eléctrica	Viviana Luengas
15-4-26	Primeros auxilios	Viviana Luengas
17-4-26	Peligros excavación	Viviana Luengas
21-4-26	Beber y conducir	Viviana Luengas
23-4-26	Seguridad en temblores	Viviana Luengas
25-4-26	Riesgo eléctrico	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.2 Tabla 11. charlas/ capacitaciones IED Magdalena Ortega

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
6-4-26	Inducción ingreso energiza	Viviana Luengas
8-4-26	Comprender los procedimientos de evacuación	Viviana Luengas
10-4-26	Designar salidas de emergencias	Viviana Luengas
11-4-26	Quemaduras en la piel	Viviana Luengas

20-4-26	Investigación de at	Viviana Luengas
22-4-26	Prevención lesiones columna	Viviana Luengas
24-4-26	Alarma por monóxido de carbono	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.3 Tabla 12. charlas/ capacitaciones ITI Francisco José de Caldas sede A

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
6-4-24	Que es la seguridad n el lugar de trabajo	Viviana Luengas
8-426	Componentes claves de la seguridad	Viviana Luengas
10-4-26	Preparación y respuesta frente a emergencias	Viviana Luengas
13-4-26	Inducción	Viviana Luengas
14-4-26	Prevención de incendios	Viviana Luengas
16-4-26	Quemaduras químicas	Viviana Luengas
18-4-26	Intoxicación con químicos	Viviana Luengas
21-4-26	Protección de los pies	Viviana Luengas
23-4-26	Congelación	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.4 Tabla 13. charlas/ capacitaciones ITI Francisco José de Caldas sede C

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
6-4-26	Mantenimiento cerramiento	Viviana Luengas
7-4-26	Corte con pulidora – cuidados	Viviana Luengas
9-4-26	Uso de gafas corte	Viviana Luengas
14-4-26	Orden y aseo	Viviana Luengas
17-4-26	Cuidades de la audición	Viviana Luengas
21-4-26	Mantener el cerramiento en óptimas condiciones	Viviana Luengas
24-4-26	Uso de botas de seguridad	Viviana Luengas
28-4-26	Disposición de madera	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.5 Tabla 14. charlas/ capacitaciones IED Rodolfo Llinás

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
20-4-26	Conciencia ambiental	Viviana Luengas
22-4-26	Primeros auxilios - desmayos	Viviana Luengas
24-4-26	Extintores	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.6 Tabla 15 charlas/ capacitaciones IED Tabora

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
6-4-26	Distracción con el celular	Viviana Luengas
9-4-26	Protección visual	Viviana Luengas

		Viviana Luengas
		Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.7 Tabla 16. charlas/ capacitaciones IED Jorge Gaitán Cortes

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
14-4-26	Plomo	Viviana Luengas
16-4-26	Inducción de ingreso	Viviana Luengas
20-4-26	Orden y aseo en el colegio	Viviana Luengas
21-4-26	Inducción	Viviana Luengas
22-4-26	Intoxicación por plomo	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.3.8 Tabla 17. charlas/ capacitaciones IED Torquigua

FECHA	TEMA	RESPONSABLE
6-4-26	Peligros potenciales sustancias	Viviana Luengas
7-4-26	La maquinaria y el riesgo inherente	Viviana Luengas
9-4-26	Protección adecuada de la maquina	Viviana Luengas
22-4-26	Protección de brazos y manos	Viviana Luengas
23-4-26	Herramientas manuales	Viviana Luengas
25-4-26	Protección para la cabeza	Viviana Luengas
27-4-26	Agotamiento por calor	Viviana Luengas
29-4-26	Ataque de calor	Viviana Luengas
30-4-26	Seguridad uso de escaleras	Viviana Luengas

1.1.1.1.1.4 Registro fotográfico soporte actividad.








10.10. Aseo y limpieza.

Durante el desarrollo de las actividades en los diferentes puntos del contrato se contó con brigadas de orden, aseo y limpieza en obra con el fin de mantener el área de intervención en buenas condiciones y evitar el regado de desechos y residuos.

1.1.1.1.1.5 Registro fotográfico soporte actividad.








10.11. Personal Retirado. (Anexo 10)

Durante el desarrollo de las actividades en los diferentes puntos del contrato se ha registrado el retiro del siguiente personal.

1.1.1.1.1.5.1 Tabla 15. Relación personal retirado

CEDULA	NOMBRE	CARGO	CONTRATISTA	PAZ Y SALVO
3121589	Helman Yesid Sierra	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 12-1-26
1085045187	Jorge Luis Cuello Tobar	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 12-2-26
80036573	Camilo Andrés Ortega	Oficial ornamentado	WNM Ingenieros	OK 5-11-25
1034661567	Juan Manuel Gutiérrez Mendieta	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 4-1-26
1050544509	Yoan Esteban Quiroga Zabala	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 15-1-26
9396553	Argemiro Daza Sánchez	Oficial	WNM Ingenieros	
79208636	Hernaldo Rojas Velandia	Oficial	WNM Ingenieros	OK 4-12-25
79217256	Oscar Tibaduiza	Oficial	WNM Ingenieros	OK

	Ochoa			4-12-25
80756354	Miguel Ángel Flórez Castro	Oficial	WNM Ingenieros	NO INGRESO
1022405857	Johan Sebastina Flórez Montaño	Oficial	WNM Ingenieros	NO INGRESO
3746427	Ángel Gabriel Lara Rodríguez	Ayudante	WNM Ingenieros	
1019009571	Fredy Oswaldo Diaz vega	Instalador	WNM Ingenieros	
79263689	Juan Omar Diaz Corredor	Instalador	WNM Ingenieros	
80822318	Jorge Brainer Buitrago Montenegro	Instalador	WNM Ingenieros	
1069177181	Edilberto Pérez Pacheco	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 6-3-26
1056954701	José Eduardo Vargas	Oficial	WNM Ingenieros	
1055226207	Juan David Bolívar Pacheco	Auxiliar	WNM Ingenieros	OK 7-3-26
PUTT 5.895.106	Pedro Leonardo Marquez Paredes	Oficial	C&S Ingeniería y soluciones sas	OK 17-3-26
7715358	Jesús Antonio García Murcia	Oficial	C&S Ingeniería y soluciones sas	OK 17-3-26
PPT 6811968	Cesa r augusto Alcala Mattey	Auxiliar eléctrico	Energiza	OK 20-3-26

10.12 Trabajo seguro en Alturas (Anexo 11)

La seguridad en trabajo en alturas es fundamental para prevenir accidentes e incidentes y así garantizar la integridad física de los trabajadores. En este informe, se presentan las medidas de seguridad implementadas para asegurar un entorno de trabajo seguro en alturas, de acuerdo con las normas y regulaciones vigentes.

1.1.1.1.1.5.2 Medidas de Seguridad Implementadas

1. Capacitación y Entrenamiento: Todo el personal que realiza trabajo en alturas ha recibido capacitación y entrenamiento en seguridad en alturas, de acuerdo con las normas y regulaciones vigentes.

2. Equipo de Protección Personal (EPP): Se ha proporcionado EPP adecuado a todos los trabajadores, incluyendo arnés de seguridad, líneas de vida, eslingas de restricción.
3. Inspección de Equipos: Se realizan inspecciones regulares de los equipos y herramientas utilizados en el trabajo en alturas para asegurar su buen estado y funcionamiento.

1.1.1.1.1.5.3 Tabla 16. Relación personal involucrado en la actividad

CEDULA	NOMBRE	CARGO
1019052718	VIVIANA LUENGAS AMAYA	SST. COORDINADOR ALTURAS
1069129017	JONATAN GÓMEZ MIRANDA	TRABAJADOR AUTORIZADO
80822318	JORGE BRAINER BUITRAGO MONTENEGRO	TRABAJADOR AUTORIZADO
1019009571	FREDY OSWALDO DIAZ VEGA	TRABAJADOR AUTORIZADO
79263689	JUAN OMAR DIAZ CORREDOR	TRABAJADOR AUTORIZADO COORDINADOR ALTURAS

10.13. Registro Fotográfico (anexo 12)

Como parte del seguimiento y verificación de las actividades desarrolladas durante el periodo reportado, se incorpora el registro fotográfico correspondiente. Este material permite evidenciar el avance operativo, las condiciones de seguridad observadas en campo y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el SG-SST.

10.14. Certificados Parafiscales (anexo 13)

Con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales por parte de los subcontratistas, se revisan y consolidan los certificados parafiscales vigentes. Esta documentación permite verificar que el personal vinculado cuenta con aportes al sistema de seguridad social y parafiscal debidamente actualizados.

10.15. Maquinaria, equipos y Vehículos (anexo 14)

Para las actividades que involucran el uso de vehículos dentro de los frentes de trabajo, se verifica la documentación requerida para su operación segura. Esto incluye la revisión de SOAT, revisión técnico-mecánica, tarjeta de propiedad y demás soportes necesarios, con el propósito de asegurar el cumplimiento normativo y la mitigación de riesgos asociados al transporte y movilización interna.

1.1.1.1.1.5.4 Tabla 17. Vehículos aprobados para ingreso

PLACA	CLASE DE VEHÍCULO	FECHA APROBACIÓN	ACTIVIDAD
SKA307	VOLQUETA	21-11-25	RECOLECCIÓN ESCOMBRO
WTF696	CAMIÓN FURGÓN	29-11-2025	RECOLECCIÓN TEJA ASBESTO
SQW533	CAMIÓN FURGÓN	29-11-2025	RECOLECCIÓN TEJA ASBESTO
TGU708	VOLQUETA	22-12-25	RECOLECCIÓN ESCOMBRO
BLJ108	AUTOMÓVIL	22-12-25	INGRESO HERRAMIENTA Y EQUIPOS
CAMIÓN	JTY293	23/01/2025	RETIRO DE CHATARRA
VOLQUETA	KFC608	19/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	OSA414	19/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	CAH842	19/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	FCD 229	20/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	EWE764	21/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	SNJ658	22/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	JOA390	22/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	ZOA920	22/01/2026	RETIRO DE ESCOMBROS
VOLQUETA	OWH435	22/01/2026	RETIRO DE

			ESCOMBROS
CAMIÓN	WCD449	23/01/2026	RETIRO DE CHATARRA

1.1.1.1.1.5.5 Tabla 18. Vehículos Radicados en el periodo

CLASE DE VEHÍCULO	PLACA	FECHA APROBACIÓN	ACTIVIDAD

CLASE	SERIAL	FECHA DE APROBACIÓN	FECHA SALIDA
EXCAVADORA SOBRE ORUGAS	66SE07EJNM0001334	13/01/2026	02/02/2026

10.16 Bienestar (Anexo 15)

Con el fin de promover el bienestar y la comodidad de todos los trabajadores, en el IED Rodolfo Llinás se han habilitado baños exclusivos para el uso del personal. Esta medida busca garantizar espacios más adecuados, limpios y seguros, contribuyendo a un mejor ambiente laboral y al desarrollo óptimo de nuestras funciones diarias.

Sin embargo, en los demás colegios ya nos encontramos trabajando en la adecuación y mejora de los baños existentes; por lo tanto, **no requerimos la entrega de un baño exclusivo**, ya que estas acciones permitirán contar con espacios apropiados para el personal sin necesidad de habilitar uno adicional.

1.1.1.1.1.5.6 Registro fotográfico entrega baño Rodolfo Llinás





10.17 Copasst y CCL (Anexo16)

El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Comité de Convivencia Laboral son organismos fundamentales dentro de cualquier institución, creados para promover entornos de trabajo saludables, seguros y respetuosos. Mientras el COPASST se enfoca en la prevención de riesgos y la protección de la salud de los trabajadores, el CCL trabaja para fortalecer la convivencia, prevenir conflictos y garantizar relaciones laborales basadas en el respeto y el buen trato. Ambos comités contribuyen al bienestar integral de todos los colaboradores.

10.18 Emergencias

La gestión de emergencias es fundamental para proteger la vida y el bienestar de toda la comunidad. Como parte de este compromiso, nos acogemos a los **PONs y planes de emergencia de cada colegio**, siguiendo sus lineamientos y protocolos establecidos. Las **brigadas de emergencia** desempeñan un papel clave en la atención oportuna de cualquier situación de riesgo, mientras que las **inspecciones periódicas de los equipos y elementos de emergencia**, como camillas, extintores y demás recursos disponibles en cada institución, aseguran que estos se encuentren en óptimas condiciones. En conjunto, estas acciones fortalecen la preparación, la prevención y la seguridad de todos.

1.1.1.1.1.5.7 Anexos.

CARPETA	CONTENIDO
1	Ats
2	Permisos de trabajo
3	Inspecciones pre operacionales
4	Documentos de personal
5	Planillas de seguridad social vigentes
6	Inducción personal
7	Certificado accidentalidad ARL- Investigación AT (si aplica)
8	Entregas de dotación y epps
9	Programa de charlas sst
10	Personas Retirado
11	Trabajo en alturas
12	Registro fotográfico
13	Certificados Parafiscales

14	Documentos maquinaria, equipos y vehículos
15	Bienestar
16	Copasst y CCL

ANEXO 1

CONSORCIO EDUCATIVOS SS	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-003
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;		FECHA DESDE - HASTA:	6 al 11 Abril
PROYECTO	Tecnico Sede C	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caídas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Luengas	1019052[illegible]	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Luengas	1019052[illegible]	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Veikul G.	508362[illegible]	Auxiliar	Veikul G.
2. Carlos Dalor	1.07[illegible]	Auxiliar	
3. Wilson M.	1023[illegible]	Aux.	
4.			
5.			

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR : INSTALACION DRIWAL		FECHA DESDE - HASTA:	13 al 18 Abril
PROYECTO	Tecnocode C	GRUPO	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Revisión del área de trabajo y materiales	Presencia de objetos, escombros, materiales mal apilados	Tropezones, caídas al mismo nivel, golpes	Mantener el área limpia y ordenada, señalizar zonas de trabajo, retirar obstáculos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Medición y trazado en muros y pisos	Uso de herramientas manuales (flexómetros, lápices, niveles,	Cortes menores, tropiezos, posturas forzadas	Usar EPP (guantes, rodilleras) mantener orden, usar herramientas en buen estado	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte de perfiles metálicos o placas	Uso de tijeras, sierras o herramientas eléctricas	Cortes, amputaciones, proyección de partículas	Usar guantes anticorte, gafas de seguridad, proteger manos y rostro, desconectar herramienta al no usarla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Fijación de estructura metálica (parantes, rieles)	Uso de taladros, punzones o atornilladores	Golpes, atrapamientos, contacto eléctrico	Verificar estado de cables, usar guantes dieléctricos, casco, gafas, mantener buena postura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Colocación de placas de drywall/superboard	Manipulación de piezas grandes o en altura	Caídas de objetos, golpes, pérdida de equilibrio	Uso de casco, botas con puntera, ayuda de otro operario, asegurar las placas antes de soltarlas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Atornillado de placas	Uso prolongado de herramientas eléctricas	Fatiga, vibración, ruido	Pausas activas, uso de guantes antivibración, protectores auditivos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de cinta y masilla en juntas	Exposición a polvo o productos químicos	Irritación ocular, dérmica o respiratoria	Uso de mascarilla, guantes de nitrilo, gafas, ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Lijado de juntas	Generación de polvo	Inhalación de partículas, irritación ocular	Uso obligatorio de mascarilla con filtro, gafas, extracción o ventilación forzada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza previa a la pintura	Restos de polvo, materiales o clavos	Cortes, tropiezos	Retirar desechos con guantes, mantener el área limpia antes de pintar.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Mareos, intoxicación, caídas	Usar arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, ventilación adecuada, señalizar zona de trabajo.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y retiro de residuos	Contacto con residuos químicos o materiales cortantes	Irritación dérmica, cortes, contaminación ambiental	Segregar residuos, usar guantes, eliminar trapos y envases según normas ambientales	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oviedo Juengos	1010053418	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oviedo Juengos M	1010053418	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	DIEGO FORERO	3121041	Ayudante	
2.	Wilson Nieto	1023980580	Ayu	
3.				
4.				
5.				

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR : INSTALACION DRIWAL		FECHA DESDE - HASTA:	29 al 25 Abril
PROYECTO	Tecnico Sede C	GRUPO:	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Revisión del área de trabajo y materiales	Presencia de objetos, escombros, materiales mal apilados	Tropezones, caídas al mismo nivel, golpes	Mantener el área limpia y ordenada, señalizar zonas de trabajo, retirar obstáculos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Medición y trazado en muros y pisos	Uso de herramientas manuales (flexómetros, lápices, niveles,	Cortes menores, tropiezos, posturas forzadas	Usar EPP (guantes, rodilleras), mantener orden, usar herramientas en buen estado	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte de perfiles metálicos o placas	Uso de tijeras, sierras o herramientas eléctricas	Cortes, amputaciones, proyección de partículas	Usar guantes anticorte, gafas de seguridad, proteger manos y rostro, desconectar herramienta al no usarla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Fijación de estructura metálica (parantes, rieles)	Uso de taladros, punzones o atornilladoras	Golpes, atrapamientos, contacto eléctrico	Verificar estado de cables, usar guantes dieléctricos, casco, gafas, mantener buena postura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Colocación de placas de drywall/superboard	Manipulación de piezas grandes o en altura	Caídas de objetos, golpes, pérdida de equilibrio	Uso de casco, botas con puntera, ayuda de otro operario, asegurar las placas antes de soltarlas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Atornillado de placas	Uso prolongado de herramientas eléctricas	Fatiga, vibración, ruido	Pausas activas, uso de guantes antivibración, protectores auditivos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de cinta y masilla en juntas	Exposición a polvo o productos químicos	Irritación ocular, dérmica o respiratoria	Uso de mascarilla, guantes de nitrilo, gafas, ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Lijado de juntas	Generación de polvo	Inhalación de partículas, irritación ocular	Uso obligatorio de mascarilla con filtro, gafas, extracción o ventilación forzada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza previa a la pintura	Restos de polvo, materiales o clavos	Cortes, tropiezos	Retirar desechos con guantes, mantener el área limpia antes de pintar.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Mareos, intoxicación, caídas	Usar arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, ventilación adecuada, señalizar zona de trabajo.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y retiro de residuos	Contacto con residuos químicos o materiales cortantes	Irritación dérmica, cortes, contaminación ambiental	Segregar residuos, usar guantes, eliminar trapos y envases según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oviana Luengas	1090538[illegible]	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
		Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Jandy Lamboveo	1104611403	cay	
2.			
3.			
4.			
5.			

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		26-ago-26
		Página.1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DESMONTE E INSTALACION DE CUBIERTAS		FECHA DESDE - HASTA:	13 al 18 Abril
PROYECTO	Francisco Ospe A	GRUPO:	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Inspección y delimitación del área de trabajo	Presencia de personas ajenas, cables eléctricos cercanos, materiales en el área	Golpes, caídas, electrocución	Señalizar y acordonar el área, suspender energía eléctrica cercana, retirar objetos y materiales innecesarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Evaluación del estado del techo existente (madera y teja)	Estructura débil, tejas sueltas o quebradizas	Caídas al mismo o distinto nivel, colapso parcial	Revisar la estabilidad antes de ingresar, usar línea de vida, caminar sobre zonas reforzadas, inspección por supervisor.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Instalación de equipos de protección contra caídas (líneas de vida, arnés, anclajes)	Falta o mala instalación del sistema de protección	Caídas desde altura, lesiones graves o mortales	Instalar línea de vida certificada, usar arnés y doble eslinga, verificar puntos de anclaje por personal competente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Desmonte manual de tejas	Caída de tejas o herramientas, superficies resbaladizas	Golpes, cortes, caídas al vacío	Usar casco, guantes anticorte, calzado con suela antideslizante, arnés con línea de vida, retirar una fila a la vez.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Desmontaje de estructura de madera (vigas, correas)	Manipulación de piezas pesadas, inestabilidad estructural	Golpes, atrapamientos, caídas	Realizar corte y desmontaje progresivo, mantener comunicación entre operarios, no trabajar bajo zonas de desmontaje, usar cuerdas.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Descenso y acopio de materiales desmontados	Caída de materiales, manejo manual de cargas	Golpes, lesiones lumbares, cortes	Utilizar sogas o poleas para bajar materiales, delimitar área de descarga, usar guantes gruesos, botas y mascarilla.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Limpieza y preparación del área para montaje	Presencia de clavos, astillas, restos cortantes	Cortes, tropiezos, caídas	Retirar residuos, clavos y maderas sueltas, mantener orden y limpieza.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Montaje de estructura metálica	Caídas a distinto nivel, manipulación de perfiles pesados, soldadura o atornillado	Caídas, quemaduras, atrapamientos	Usar arnés, casco, guantes de cuero, careta de soldador (si aplica), mantener buena comunicación y supervisión.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
9. Fijación de estructura metálica a base o vigas	Uso de herramientas eléctricas o manuales	Cortes, electrocución, golpes	Revisar estado de herramientas, usar guantes dieléctricos, gafas, evitar cables en zonas húmedas.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
10. Colocación y fijación de tejas PVC	Trabajo en altura, desplazamiento sobre superficie resbaladiza, caída de materiales	Caídas, golpes, lesiones graves	Usar línea de vida, arnés, calzado con suela antideslizante, no sobrecargar la estructura, trabajar con ayuda de otro operario.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
11. Revisión final y aseguramiento del techo instalado	Elementos mal fijados o sueltos	Caída de piezas, filtraciones, accidentes posteriores	Supervisar fijaciones, verificar tornillos y uniones, revisar alineación y estabilidad general.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
12. Limpieza y retiro de escombros y herramientas	Materiales cortantes, clavos, polvo, objetos pesados	Cortes, tropiezos, lesiones musculares	Usar guantes, mantener orden, segregar residuos, eliminar desechos en contenedores adecuados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

A			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Longo A	1020[illegible]8	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022407418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	
FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Longo A	1020[illegible]8	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022407418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	
SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. [illegible]	1130677[illegible]	[illegible]	
2. [illegible]	[illegible]	[illegible]	
3. Oscar Quintero	1[illegible]	[illegible]	Oscar Quintero
4.			
5.			

EQUIPOS

Powered by CamScanner

C#C-.

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;	FECHA DESDE - HASTA:	20 al 26 Abril
PROYECTO	Fraccion 2 de A	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caídas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y electricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo.	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Lorena A	1014[illegible]18	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022400418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Lorena A	1014[illegible]18	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022400418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Arnulfo Rae Torres	79[illegible]457	oficial	
2 Jonathan Fabian Lopez M.	1012[illegible]9	Aux Soldador	
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DESMONTE E INSTALACION DE CUBIERTAS			FECHA DESDE - HASTA:	22-4-26
PROYECTO	Consorcio Jade A	GRUPO:	B	al 26-4-26
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Inspección y delimitación del área de trabajo	Presencia de personas ajenas, cables eléctricos cercanos, materiales en el área	Golpes, caídas, electrocución	Señalizar y acordonar el área, suspender energía eléctrica cercana, retirar objetos y materiales innecesarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Evaluación del estado del techo existente (madera y teja)	Estructura débil, tejas sueltas o quebradizas	Caídas al mismo o distinto nivel, colapso parcial	Revisar la estabilidad antes de ingresar, usar línea de vida, caminar sobre zonas reforzadas, inspección por supervisor.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Instalación de equipos de protección contra caídas (líneas de vida, arnés, anclajes)	Falta o mala instalación del sistema de protección	Caídas desde altura, lesiones graves o mortales	Instalar línea de vida certificada, usar arnés y doble eslinga; verificar puntos de anclaje por personal competente	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Desmonte manual de tejas	Caída de tejas o herramientas, superficies resbaladizas	Golpes, cortes, caídas al vacío	Usar casco, guantes anticorte, calzado con suela antideslizante, arnés con línea de vida, retirar una fila a la vez.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Desmontaje de estructura de madera (vigas, correas)	Manipulación de piezas pesadas, inestabilidad estructural	Golpes, atrapamientos, caídas	Realizar corte y desmontaje progresivo, mantener comunicación entre operarios, no trabajar bajo zonas de desmontaje, usar cuerdas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Descenso y acopio de materiales desmontados	Caída de materiales, manejo manual de cargas	Golpes, lesiones lumbares, cortes	Utilizar sogas o poleas para bajar materiales, delimitar área de descarga, usar guantes gruesos, botas y mascarilla.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Limpieza y preparación del área para montaje	Presencia de clavos, astillas, restos cortantes	Cortes, tropiezos, caídas	Retirar residuos, clavos y maderas sueltas, mantener orden y limpieza.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Montaje de estructura metálica	Caídas a distinto nivel, manipulación de perfiles pesados, soldadura o atornillado	Caídas, quemaduras, atrapamientos	Usar arnés, casco, guantes de cuero, careta de soldador (si aplica), mantener buena comunicación y supervisión.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
9. Fijación de estructura metálica a base o vigas	Uso de herramientas eléctricas o manuales	Cortes, electrocución, golpes	Revisar estado de herramientas, usar guantes dieléctricos, gafas, evitar cables en zonas húmedas.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
10. Colocación y fijación de tejas PVC	Trabajo en altura, desplazamiento sobre superficie resbaladiza, caída de materiales	Caídas, golpes, lesiones graves	Usar línea de vida, arnés, calzado con suela antideslizante, no sobrecargar la estructura, trabajar con ayuda de otro operario.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
11. Revisión final y aseguramiento del techo instalado	Elementos mal fijados o sueltos	Caída de piezas, filtraciones, accidentes posteriores	Supervisar fijaciones, verificar tornillos y uniones, revisar alineación y estabilidad general.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
12. Limpieza y retiro de escombros y herramientas	Materiales cortantes, clavos, polvo, objetos pesados	Cortes, tropiezos, lesiones musculares	Usar guantes, mantener orden, segregar residuos, eliminar desechos en contenedores adecuados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

A			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Borrego	1015027318	Inspector SST	
Diego Jimenez Parada	1022404418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm años)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Borrego	1015027318	Inspector SST	
Diego Jimenez Parada	1022404418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Oscar Jimenez P.	80816608	Ayudador	
2.			
3.			
4.			
5.			

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTLACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA		FECHA DESDE - HASTA:	6 al 11 Abril
PROYECTO	Ciudadela Fontana	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos)	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Arango	1019067[illegible]	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Fredy López Pozo	1049630740	Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

DESDE - HASTA:

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diana Arango	1090[illegible]98	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Farley López Peer	1019036840	Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	[illegible]	1130[illegible]	auxiliar	
2	Jandy Cambrano	91040[illegible]	cey	
3	Jose Sanmarca	4[illegible]	[illegible]	
4	Wilson Ilera	102[illegible]	[illegible]	
5				

Powered by CamScanner

CONSTRUCTORA	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST 002 VER 1 28 ago 25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;	FECHA DESDE - HASTA:	20 al 26 Abril
PROYECTO	Carbon Gates	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposicion a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caidas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan Largo	0[illegible]18	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022402418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juan Largo A	1[illegible]0[illegible]8	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022402418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD				
	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Andrs Rodriguez	1000776107	oficial	
2.	Brandon Rodriguez	1000776[illegible]0	oficial	Brandon Rodriguez
3.	[illegible] Ramirez	1030079	[illegible]	[illegible] Ramirez
4.	[illegible] Estiven Acosta	1[illegible]2348		
5.				

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;		FECHA DESDE - HASTA:	13 al 18 Abril
PROYECTO	Gaitan Cortes	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo, mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies humedas o contaminadas	Resbalones, caidas, golpes	Señalizar piso humedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diviana Zuñiga A	1016032118	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022409418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diviana Zuñiga	1016032118	Inspector SST	
Diego Jiménez Pardo	1022409418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD				
	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Hector Rodriguez	80238538	Oficial	Hector Rodriguez
2	Jimmy Estevez R	79923478	Oficial	
3				
4				
5				

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS		FECHA DESDE - HASTA:	27 al 31 ago
PROYECTO	Bolton Cortes	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caídas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Drywall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Zuñiga	1049003718	Inspector SST Encargado / maestro Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN día mes año

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Zuñiga	1049003718	Inspector SST Encargado / maestro Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jesus Angel Cuadros Ortiz	1.049530?	Soldador	
2	Brayan Esteban Tapia Duarte	1014673332	Ayudante	
3	Diego Fernando Cerezo	1049[illegible]6	ayudante	DIEGO
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	Brandon Rodriguez Andres Rodriguez	1000[illegible]	OFICIAL Oficial	Brandon Rodriguez

Pedro Gonzalez 1037[illegible] Cargado Pedro G.

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 26-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR:	MEJORAMIENTO DE REGILAS DE CARCAMOS, MANTENIMIENTO EXISTENTE DE CERRAMIENTO, CAMBIO DE PISOS SALON 101, 102, 103	FECHA DESDE - HASTA:	19 al 26 Abril 2026
PROYECTO	I.E.D COLEGIO RODOLFO LLINAS SEDE D LOCALIDAD ENGATIVA	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS	Broca.		

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparación del área	Tránsito de personas; falta de delimitación	Golpes, tropiezos, ingreso no autorizado	Señalizar y delimitar; colocar barreras físicas; informar a usuarios	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Retiro y colocación de rejillas de cárcamos	Manipulación manual de piezas pesadas	Cortes, atrapamientos, lumbalgias	Guantes anticorte; técnica de levantamiento seguro; uso de palancas; trabajo en equipo	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Trabajo en cárcamos	Caídas a desnivel; superficies resbalosas	Fracturas; lesiones graves	Barandas temporales; tapas de seguridad; calzado antideslizante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Uso de herramientas (manuales o eléctricas)	Partes cortantes, vibrantes o con energía	Cortes, golpes, electrocución	Revisar estado de herramientas; usar guantes, gafas; verificar cables y enchufes	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Soldadura / reparación de cerramiento	Radiación, chispas, calor	Quemaduras, incendios, daño ocular	Careta de soldar, guantes de cuero; extintor disponible; limpiar material inflamable	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Corte o pulido de superficies	Proyección de partículas	Lesiones oculares, respiratorias	Gafas de seguridad; mascarilla; barreras de contención	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Demolición o retiro de pisos	Polvo, filo, escombros	Irritación respiratoria; caídas; heridas	Humectar para disminuir polvo; uso de mascarilla; orden y limpieza constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Uso de herramientas eléctricas para demolición	Vibración, ruido, mal cableado	Hipoacusia, electrocución, fatiga	Protectores auditivos; revisión eléctrica; descansos programados	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Instalación de nuevos pisos	Manipulación de adhesivos y químicos	Irritación piel/ojos, intoxicación	Guantes de nitrilo; ventilación adecuada; fichas de seguridad (MSDS)	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Trabajo en diferentes salones	Tránsito por pasillos con material	Caídas, tropiezos	Mantener rutas despejadas; almacenamiento ordenado	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Limpieza final	Contacto con objetos cortantes o residuos	Cortes, pinchazos	Guantes resistentes; clasificación de residuos; contenedores adecuados	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Quiroga Luengas A	[illegible]	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1024094[illegible]	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mes año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Quiroga Luengas A	1014[illegible]	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1024094[illegible]	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Wilson Nova	1023893[illegible]	Aux	
2			
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST 002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;	FECHA DESDE - HASTA	6 al 11 Abril
PROYECTO	Magdalena Alegre	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo, mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caídas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro, trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Alvaro Luengas	1018421818	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Farley Lopez Ruiz	1049630740	Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Alvaro Luengas M	1018421818	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Farley Lopez Ruiz	1049630740	Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Alonzo Garzon	1022305[illegible]	Oficial elec	
2. Erick Flores	5733294	Electricista	
3 Rafael Bautista	1136567[illegible]	Oficial	
4 David Bautista	1076[illegible]	Oficial	
5			

Powered by CamScanner

CONSORCIO TRES ARENAS	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS:		FECHA DESDE - HASTA:	20 al 28 Bil
PROYECTO	Magdalena Ortega	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpiera previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caídas, golpes	Señalizar piso humedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Drywall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables, desconectar energia	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilacion; mantener orden	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a quimicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo, gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juana Longa	1010[illegible]113	Inspector SST	
Diego Jiménez Pardo	1022[illegible]118	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juana Longa P	1019[illegible]113	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022[illegible]118	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jhon Alexy Hernandez Pinilla	1.019.037.[illegible]	Oficial	
2				
3				
4				
5				

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;		FECHA DESDE - HASTA:	27 al 2 sept
PROYECTO	Magdalena Ortega	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caidas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Driwall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caida de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Jimenez	1019057	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oscar Jimenez	—	Inspector SST	—
Oscar Jimenez	1019057	Encargado / maestro	
—	—	Ingeniero Residente o Director	—

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Oscar Jimenez	800HKDD	Soldador	
2	Ilsa Hernandez	1.071.034.326	Auxiliar	
3				
4				
5				

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-003 VER 4 28 ago 25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTALACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA			FECHA DESDE - HASTA:	6 al 11 Abril
PROYECTO	Teo Orion Bolivar	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos,	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas.	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparacion de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparacion de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Luengo	1090017918	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Farley Lopez Ortiz	1019630710	Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diovana Longo	1090018	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Farley López Páez	1019630780	Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Carlos Alberto Ortiz	1033 [illegible]	Auxiliar	
2 Diego Alejandro Pachón T.	1127681	Ayudante	
3 Jaudy Lambraño	1140411433	Cocy	
4			
5			

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTALACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA			FECHA DESDE - HASTA:	20 al 25 Abril
PROYECTO	Omar Bolivar	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos,	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad. Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Duvan Luengo	1019083718	Inspector SST	
Diego Jiménez Pardo	1022466918	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Jhonny Arango	1017[illegible]8	Supervisor SST	
Diego Jiménez Pardo	1020[illegible]8	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Diego Torres	3.11[illegible]61	Auxiliar	
2 Carlos Valez	1.07[illegible]4	Auxiliar	
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

CONSTRUCCIÓN	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 Vf.fl. 4 28-Ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTLACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA		FECHA DESDE - HASTA	13 al 18 Abril
PROYECTO	Simon Bolivar	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Evaluacion del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos,	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolicion de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de particulas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, lesión	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos puntantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caidas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y particulas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o pinturas inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Arroyo	1040023[illegible]	Inspector SST	
Diego Jiménez Pardo	1022404[illegible]	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

TRABAJO A REALIZAR:
PROYECTO
I.E.D COLEGIO RODOLFO LLINAS SEDE
GRUPO
18

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
		Inspector SST	
Diego Jaramillo Lopez	1121 [illegible]	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jaider Lopez Alvarez	1.061.[illegible]	oficial	
2	Diego Lopez	1.12.[illegible]	Ayudante	
3	Carlos Alberto Valencia	1.07[illegible]	ayudante	
4				
5				

Powered by CamScanner

CONSORCIO	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTLACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA		FECHA DESDE - HASTA:	26 al 2 mayo
PROYECTO	Simon Bolivar	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
		RIESGO		
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos,	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oswaldo Luengas	1090	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mes año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diego Arango	1088	Inspector SST	
		Encargado / Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Jordy Lombardo	1104011402	civil	
2. Carlos Mata	1.073.6	obrero	
3. Sebastian Gomez	1000010369	AUX	
4. Brian Valencia		Ayudante	
5. Maicol Soto	1233	Of	

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ayo-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTLACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA			FECHA DESDE - HASTA	Sal 11 Abril
PROYECTO	Tabaca	GRUPO	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACIÓN)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
RIESGO				
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos,	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro; buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juliana Lozano	1090971818	Inspector SST	
Diego Jiménez Parda	1022409418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oviana Arango	1017227118	Inspector SST	
Diego Alejandro Jimenez Pardo	1022407118	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Jhon Alexy Hernandez Pulgarin	1017037328	Ayud	
2 Diego Alejandro Jimenez P.	1022407118	Maestro	
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;		FECHA DESDE - HASTA:	6 al 10 Abril
PROYECTO	Torqoga	GRUPO:	18	
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS				

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposicion a residuos biologicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caidas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Drywall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Mecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a quimicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caida de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diviana Luengas	1049630746	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Fenley López Ruez	1049630746	Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diviana Luengas	1049630746	Inspector SST	
		Encargado / maestro	
Fenley López Ruez.	1049630746	Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: DEMOLICION E INSTLACION DE PISOS, ESTUCO Y PINTURA		FECHA DESDE - HASTA:	20 al 26 Abril
PROYECTO	Tequisquiac	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Evaluación del tipo de suelo y estructuras a demoler	Desprendimiento de materiales, estructura inestable	Golpes, atrapamientos, colapsos parciales	Verificar estabilidad de la estructura, usar casco, botas con puntera, establecer zonas seguras y supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación y verificación de herramientas (martillos, cinceles, demoledores eléctricos	Herramientas en mal estado, cables defectuosos	Cortes, electrocución, lesiones por mal uso	Inspeccionar equipos antes de usar, mantener cables ordenados, usar guantes dieléctricos y gafas de seguridad.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de suelos y estructuras	Golpes, caída de fragmentos, proyección de partículas, ruido	Golpes, fracturas, pérdida auditiva, irritación	Usar casco, guantes, botas, mascarilla con filtro, gafas, protector auditivo; mantener orden y comunicación entre operarios.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Carga y retiro de escombros	Manipulación manual de cargas, objetos punzantes, superficies irregulares	Lesiones lumbares, cortes, caídas al mismo nivel	Aplicar técnica correcta de levantamiento, usar guantes gruesos, mascarilla, mantener caminos despejados.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Demolición de estuco y pintura en muros	Desprendimiento de material, polvo, esfuerzo físico repetitivo	Golpes, lesiones musculares, irritación ocular o respiratoria	Usar casco, gafas, guantes, mascarilla con filtro, trabajar de arriba hacia abajo, mantener ventilación adecuada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza y nivelación de superficies	Exposición a polvo y partículas sueltas	Irritación respiratoria, ocular, caídas por superficie	Humedecer el área antes de barrer, usar mascarilla, gafas y calzado antideslizante.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de superficie para pintura (resanes, lijado, sellado)	Generación de polvo fino, contacto con químicos	Inhalación de partículas, irritación dérmica y ocular	Uso de mascarilla con filtro, guantes de nitrilo, gafas de seguridad y ventilación natural o forzada.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Preparación de pintura (mezcla o dilución)	Contacto con solventes o productos inflamables	Mareos, intoxicación, irritación dérmica, riesgo	Usar mascarilla con filtro para vapores orgánicos, guantes de nitrilo, gafas; mantener ventilación cruzada; no fumar ni generar	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Aplicación de pintura (brocha, rodillo o pistola)	Inhalación de vapores, trabajo en altura (si aplica)	Intoxicación, caídas, irritación respiratoria	Uso de arnés si se trabaja a más de 1.80 m, mascarilla con filtro, buena ventilación, señalización del área.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Limpieza final y disposición de residuos	Contacto con restos de pintura, polvo o materiales cortantes	Irritación dérmica, contaminación ambiental,	Segregar residuos peligrosos, almacenar en recipientes cerrados, usar guantes, eliminar según normas ambientales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Diorgenes Luengo	1019052[illegible]	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1023404418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

Powered by CamScanner

FECHA DE APROBACIÓN (Día mes año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Juliana Juengo	1019021418	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022409418	Encargado / maestro Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD				
	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Alfredo Gallon	80272861	Elect	
2	Erick Llano	5733394	Electricista	
3				
4				
5				

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR	ADECUACION DE SHUT DE BASURAS;	FECHA DESDE - HASTA:	27 01 ABRIL
PROYECTO	JED Tocaogua.	GRUPO:	18
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS			

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (FUENTE O SITUACION)	CONSECUENCIAS	MEDIDAS PARA CONTROLAR O ELIMINAR EL PELIGRO	CARGO RESPONSABLE
	RIESGO			
Preparacion de area	Exposición a residuos biológicos, malos olores, microorganismos	Infecciones, alergias, intoxicaciones leves	Limpieza previa; guantes de nitrilo; mascarilla; ventilación adecuada	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Superficies húmedas o contaminadas	Resbalones, caidas, golpes	Señalizar piso húmedo; calzado antideslizante; limpieza continua	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte Drywall o super board	Uso de herramientas manuales y eléctricas	Cortes, golpes, electrocución	Inspeccionar herramientas; guantes; verificar cables; desconectar energía	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Corte y manipulación de paneles o superboard	Lesiones en manos, irritación por polvo	Guantes anticorte; mascarilla; gafas; humectación del material	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo por corte o lijado de placas	Afecciones respiratorias, irritación ocular	Mascarilla con filtro; humectar área; ventilación constante	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Manipulación de materiales pesados o voluminosos	Lumbalgias, atrapamientos	Levantamiento seguro; trabajo en pareja; uso de herramientas de carga	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Espacio reducido dentro del shut	Golpes, atrapamientos, mala ventilación	Iluminación adecuada; ventilación; mantener orden	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Exposición a químicos (pinturas, selladores, desinfectantes)	Irritación en piel, ojos o respiratoria	Guantes de nitrilo; gafas; ventilación; lectura de MSDS	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Instalacion	Caída de objetos durante instalación	Golpes, contusiones	Casco; aseguramiento de herramientas; definir zona segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Mala disposición de escombros y residuos	Tropiezos, contaminación	Orden y aseo permanente; recipientes para desechos	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Luengas	1019053818	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022404418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Luengas	1019053818	Inspector SST	
Diego Jimenez Pardo	1022404418	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD			
NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1 Juan Alexis Hernandez Ciudad	1071037378	Oficial	
2			
3			
4			
5			

Powered by CamScanner

ANEXO 2

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SST-F-08
		Version 4
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	Fecha 23-10-2020

Fecha de inicio: DIA 06 MES 01 AÑO 21 — Hora de inicio: 10:00 AM PM
Fecha de Finalización: DIA 11 MES 01 AÑO 21 — Hora de Finalización: 10:00 AM PM

OBRA	UBICACION EXACTA DEL TRABAJADOR
Taraqui	Shot Bosco

PERMISO CONCEDIDO A

Nombres y Apellidos	N° de Identificación	Cargo	Firma
Jhon Alexis Gonzalez Fuentes	1077053328	Oficio	
Jonathan Felipe Perez Ortiz	1007414150	2° ayudante	
Anuar Ricardo Torres	7922857	oficial	

SELECCIÓN CON UNA X LA ACTIVIDAD A REALIZAR

Soldadura eléctrica	☐
Soldadura Autogena y Oxicorte	☐
Impermeabilización	☐
Corte, semicorte, pulido o granallado	☒
Otro: Cual	☐

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Corte de estructura metalica.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONDICIONES NECESARIAS PARA LOS CORRESPONDIENTES TRABAJOS (Marque en la respectiva casilla, todos los EPP y la condicion que se requiera para realizar la tarea de manera segura)

DESCRIPCIÓN EPP	FOTO	SELECCIONE CON X
CASCO CON BARBUQUEJO		✓
PROTECCIÓN AUDITIVA		✓
MASCARILLA PARA HUMOS METALICOS		
CARETA DE SOLDADURA		

DESCRIPCIÓN EPP	FOTO	SELECCIONE CON X
DELANTAL DE CUERO		
BOTA CON PUNTERA		✓
GUANTES		✓
GAFAS PARA OXICORTE		

Powered by CamScanner

POLAINAS DE CUERO			ARNES INTEGRAL		

LISTA DE VERIFICACION TRABAJOS EN CALIENTE	SI	N.A	OBSERVACIONES
Estado y conexion de cables a tierra y de energia electrica es bueno?	✓		
Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo. (ATS)	✓		
Se tiene extintor en el area de trabajo y este cumple con las condiciones de seguridad para operar (Estado general, carga vigente, señalización)		✓	
Se han definido los elementos de protección necesarios para el desarrollo de la labor programada y se ha verificado el buen estado de: Guantes, Peto, Polainas, Careta pulir y/o soldadura, Gafas, Protección respiratoria para humos de soldadura?	✓		
Se cuenta con un recipientes para depositar sobrantes?		✓	
Se encuentra el área de trabajo limpia, ordenada y aislada con mamparas cuando se requiera?	✓		
Se ha instalado el aislamiento adecuado en la zona de trabajo con los avisos alusivos de restricción al paso de personas (uso de conos reflectivos, mamparas o cintas) ?		✓	
En caso de requerirse mediciones o pruebas de atmósfera, los resultados son satisfactorios y se puede realizar la actividad? Si se necesita la medición agregar en la casilla de observaciones los resultados y recomendaciones necesarias		✓	
La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	✓		
Operación y posición adecuada del equipo?	✓		
La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea o en caso de una emergencia?. Se cuenta ademas con extintor cerca al area de trabajo?	✓		
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Eléctricos, alturas, espacios confinados ...)?		✓	
En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?		✓	

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN (He verificado las condiciones de acuerdo a la lista adjunta y autorizo el permiso)		
Nombre y Apellido del responsable del permiso SST y encargado residente de obra	**Número de identificación**	**Firma**
Duvan Luengas A.	1090027318	

Nota: Este permiso es válido para las personas autorizadas en éste, entre la fecha, hora y lugar que en él se registren solamente, es personal e intransferible, no se admiten tachones ni enmendaduras. Si las condiciones iniciales bajo las cuales se autoriza este permiso de trabajo cambian, se debe realizar otro nuevo.

Powered by CamScanner

CONSORCIO

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTSST- 068
	VERSION 5
PERMISO TRABAJO EN ALTURA / ESPACIOS CONFINADOS	29/08/2020
	PAG 1 DE 1

PROYECTO: Simón Bolívar FECHA: 27-4-23 HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

NIVEL 1: ☐ Trabajo en caliente ☐ Trabajo en alturas ☐ ATS ☒ Otro
☐ Entrada a espacios confinados ☐ Levantamientos Críticos

PERMISO DE TRABAJO No:

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CAIDAS Y SISTEMAS DE ACCESO NECESARIOS PARA ESTE TRABAJO

								OBSERVACIONES
Mecanismos de anclaje	☐	Mosquetones	☐	Descensadores ocho	☐	Escaleras tipo tijera	☐	
Puntos de anclaje	☐	Eslinga para restricción	☐	Descensador Jumar	☐	Escaleras extensibles	☐	
Líneas de vida horizontal cable	☒	Eslinga para posicionamiento	☐	Trirl (frenos)	☐	Escaleras fijas	☐	
Líneas de vida horizontal cuerda	☐	Eslinga para detención	☐	Poleas	☐	Elevadores	☐	
Líneas de vida vertical cable	☒	Arnes integral de seguridad	☐	Trípode	☐	Andamios	☐	
Líneas de vida vertical cuerda	☐	Cuerda	☐	Otros	☐	Gruas con canasta	☐	
						Otros	☐	

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

AREA LUGAR DE TRABAJO:

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

TRABAJO EN CALIENTE	ESPACIOS CONFINADOS	RIESGO ELECTRICO	LEVANTAMIENTOS CRITICOS	TRABAJO EN ALTURAS
☐ Se encuentra el equipo o zona libre de gases presión,sustancias	☐ Ha sido el equipo identificado y desconectado electricamente	☐ Ha sido el equipo identificado y desconectado	☐ Se verifico las herramientas y materiales a utilizar	☒ Se realiza inspección de los sistemas de protección caidas
☐ Está en servicio los equipos	☐ Están desconectados los fluidos	☐ Area demarcada y señalizada	☐ Area demarcada y señalizada	☒ Area demarcada y señalizada
☐ Se encuentra el ATS	☐ El equipo esta libre de gases presión, sustancias calientes	☐ Se inspeccionó las conexiones, tableros y	☐ Se inspeccionó el puente grúa	☒ Se realiza inspección de herramientas
☐ Se ha delimitado el área de trabajo	☐ Están cerradas las válvulas y colocadas las bridas ciegas	☐ Se encuentra disponible equipo contra incendios	☐ Se verifico las condiciones de la carga	☒ Inspección a andamios (anclaje, tijeras, pasadores cables sujetados etc)
☐ Se realizo inducción al personal en la prevención de riesgos	☐ Se han purgado y bloqueado las líneas de instrumentos y toma	☐ El área se encuentra despejada	☐ Se encuentra señalización visual o auditiva que prevenga la utilización de	☒ Inspección a escaleras (pedestal, elementos de extensión, parches
☐ Se encuentran los equipos y	☐ Esta el área limpia de productos o	☐ Se realizo inducción al	☐ Esta instala la grua de un extintor	☒ Se realizo inducción al personal en
☐ Se encuentra disponible equipo contra incendios	☐ Los aislantes tienen línea de vida o equipo de rescate	☐ Se encuentra el ATS	☐ La grua pose la tabla de capacidad de carga	☒ Divulgacion de plan de emergencias
	☐ Se realizo inducción al personal en la prevención de riesgos	☐ Cuentan con medidor de tension electrica	☐ Se inspeccionó las poleas y Guayas	☒ Se encuentra un vigia con el operador como acción preventiva
	☐ Se encuentra el ATS	☐ El personal que realizara la tarea cuenta con	☐ Los controles del equipo están en buen estado	☒ Las herramientas se encuentran aseguradas para evitar caidas
	☐ Se encuentran equipo herramientas en buen estado	☐ Los epp para trabajos electricos son dielectricos y	☐ Se encuentra el ATS	☒ Se encuentra el ATS

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE SEGURIDAD NECESARIOS PARA ESTA TRABAJO

Casco	☒	Guantes de PVC	☒	Polainas	☐	Estrobos	☐	Detector de oxigeno	☐
Botas de seguridad	☒	Protección auditiva	☐	Equipo de aire asistido	☐	Cinta demarcatoria	☐	Otros	
Gafas de seguridad	☒	Careta de soldador	☐	Otros		Elementos de señalizacion	☐		
Guantes de algodon	☐	Protección respiratoria	☐			Radio transmisor/receptor	☐		
Guantes de cuero	☐	Chaleco reflectivo	☐			Botiquin	☐		
Guantes dieléctricos	☐	Ropa de trabajo (overol)	☐			KA para derrames	☐		
Protección facial		Peto de carnaza				Explosimetro			

NOTIFICACIONES

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	7981000	P.M	
2.	1099282848	Ayudante	
3. Uriel Reig	5083626	Vigilante	Uriel Reig
4.			
5.			

APROBACIONES / AUTORIZACIONES

ENCARGADO DE AREA	COORDINADOR SST	RESIDENTE DE OBRA
NOMBRE:	NOMBRE: Oviedo Lobo	NOMBRE:
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

CIERRE DE PERMISO

NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO Y FIRMA:	CARGO Y FIRMA:	CARGO Y FIRMA:

TERMINACION DEL PERMISO DEL TRABAJO

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA TAREA	FIRMA	NOMBRE DEL COORDINADOR DEL TSA	FIRMA

PLAN DE RESCATE

SE RECONOCE EL PLAN DE RESPUESTA A EMERGENCIAS DEL AREA	SI	NO	NA

Powered by CamScanner

ANEXO 3

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TABAJO	Codigo: 90-FT-024
		Version: 5
	INSPECCION PRE-OPERACIONAL PULIDORA ELECTRICA	Fecha: 22-10-2020

SITIO, LUGAR, OBRA:	Bogota Egaton Cortes	CIUDAD:	Bogota
QUIEN INSPECCIONA:	Brayan Daniel Arango A.	CARGO:	Ayudante
FECHA DE INICIO:	20-9-26	FECHA DE FINALIZACION:	25-9-26

ELEMENTOS REVISADOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1 Se encuentra en buen estado el disco de corte o pulir.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
2 Se usa adecuadamente los elementos de proteccion personal.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
3 El estado general de la pulidora se encuentra en buen estado (Fisuras, Rupturas, Aseo, Etc).	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
4 Se utiliza accesorios apropiadas para la tarea.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
5 Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (8500-15000).	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
6 Se encuentra la guia de la guarda en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
7 Switch ON / OFF en buen estado. Es decir no presenta interrupcion.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
8 El estado y la instalacion del mango es el adecuado.	✓			✓			✓			✓			✓			—		
9 Se encuentra en buen estado la carcasa.	✓			✓			✓			✓			✓			—		
10 Se cuenta con acoples adecuados para los accesorios.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
11 Se encuentra en buen estado la instalacion del disco (Insertacion).	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
12 Se verifico el estado de conexiones electricas (Extencion, cables, tomas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
13 se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados para esta actividad.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
14 Tiene la guarda de seguridad en buen estado.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
15 El disco es el adecuado para pulidora electrica.	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
FIRMA OPERADOR																		
FIRMA SST																		

OBSERVACIONES GENERALES

ALERTAS DE CUMPLIMIENTO VIDA UTIL / DAR DE BAJA

Cable cortado, trizado, expuesto que no se puede encauchetar. DISPOSICIÓN FINAL: Residuo especial. Carcasa rota o oxidada / Los accesorios cortados, rotos y que no se puedan reemplazar se desechan y se disponen como chatarra, teniendo precaución de rotular el elemento como "Inservible" o "Fuera de servicio definitivo".

Powered by CamScanner

CONSORCIO

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TABAJO

INSPECCION PRE-OPERACIONAL PULIDORA ELECTRICA

Codigo: SG-ST-028
Version: 0
Fecha: 22-10-2025

SITIO, LUGAR, OBRA:	Tuquerres	CIUDAD:	Bogota
QUIEN INSPECCIONA:	Duvan Fernando Juarez A	CARGO:	SST
FECHA DE INICIO:	6-04-2026	FECHA DE FINALIZACION:	11-4-26.

ELEMENTOS REVISADOS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1 Se encuentra en buen estado el disco de corte o pulir.	✓																	
2 Se usa adecuadamente los elementos de protección personal.	✓																	
3 El estado general de la pulidora se encuentra en buen estado (Fisuras, Roturas, Aseo, Etc).	✓																	
4 Se utiliza accesorios apropiados para la tarea.	✓																	
5 Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (6500-15000).	✓																	
6 Se encuentra la guia de la guarda en buen estado.	✓																	
7 Switch ON / OFF en buen estado. Es decir no presenta interrupcion.	✓																	
8 El estado y la instalacion del mango es el adecuado.	✓																	
9 Se encuentra en buen estado la carcasa.	✓																	
10 Se cuenta con acples adecuados para los accesorios.	✓																	
11 Se encuentra en buen estado la instalacion del disco (Orientacion).	✓																	
12 Se verifico el estado de conexiones electricas (Extencion, cables, tomas).	✓																	
13 Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados para esta actividad.	✓																	
14 Tiene la guarda de seguridad en buen estado.	✓																	
15 El disco es el adecuado para pulidora electrica.	✓																	
FIRMA OPERADOR																		
FIRMA SST																		

OBSERVACIONES GENERALES

ALERTAS DE CUMPLIMIENTO VIDA UTIL / DAR DE BAJA

Cable cortado, trizado, aislamiento que no se puede encauchetar. DISPOSICIÓN FINAL: Residuo especial. Carcasa rota o rajada / Los accesorios cortados, rotos y que no se puedan reemplazar se desechan y se disponen como chatarra, teniendo precaución de retirar el elemento como "Inservible" o "fuera de servicio definitivo".

Powered by CamScanner

ANEXO 4

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80.744.760

NUMERO

MORA RUEDA

APELLIDOS

ANDRES MAURICIO

NOMBRES



Andres Mauricio Mora R.

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1983

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-OCT-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500105-42138715-M-0080744760-20090912 06736 052528 02 201189074

Powered by CamScanner

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos		**Fecha de Impresion**	7/03/2026
Fecha de ingreso	7/03/2026	**Nombre**	ANDRES MAURICIO MORA RUEDA
CC	80744760	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupacion	OFICIAL	**Tipo de Examen**	INGRESO
Fecha de Nacimiento	11/08/1983	**Edad**	31
Direccion	CLL 75 SUR NO 1 A 28	**Telefono**	3229004639
Estado Civil	UNION LIBRE	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA	**Fecha Salida**	7/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **ANDRES MAURICIO MORA RUEDA**
CC **80744760**

Medellín, 09 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000000006 PROYECTO INDUSEL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80744760	MORA RUEDA ANDRES MAURICIO	11/03/2026		v2659433	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 09/03/2026 14:54:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

MORA CUEVA ANGEL MANUEL

CC 80 349 760

1 10 8 74 83

Calle 75 C 5A-45-13

3244009621

ENERGIZA

ANGEL MANUEL MORA C

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

compensar | eps salud

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

Firma del afiliado (cotizante) • Angel Mauricio Mora

No. Identificación • 80744760

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (el señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No _____ mayor de edad, y sin ningún inconveniente para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego _____

Nombres y apellidos _____

Identificación _____

Edad _____

Dirección _____

de domicilio _____

Nombres y apellidos de quien no sabe leer: _____

Identificación _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2015, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales, información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre hábitos estadísticos y analíticos de los datos, para mejorar mi nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transferir mis datos personales a los administradores encargados de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectuar a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen formatos contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de contar con medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccion.datos@compensar.com y la página electrónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco donde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante) Angel Mauricio Mora

No. Identificación • 80744760

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 80744760
Nombre	: ANDRES MAURICIO MORA RUEDA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a MAURICIO y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código LMQKZRtHH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	Fecha: 01/10/2019

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
01/10/2019	ANDRÉS MAURICIO MORA RUEDA	Guantes	1 Par	Mauricio Mora R.
		Gafas	1	
		Tapa oído	2	
		Protector de Mano	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		CEDULA No.	
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación así como el uso de ninguna de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se compromete a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación a parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en incumplimiento de las cláusulas anteriores en la devolución al empleador.

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
EVERESTA	**INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	Fecha: 03/01/2025
		Página **1** de **1**

Nombre: ANDRES MAURICIO MORA RUEDA Cargo: OFICIAL

Fecha: 9/03/2026 **Tipo de actividad:** Inducción ● Re inducción ○

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	NOMBRE DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	José Luis Guacas
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS – AFP – ARL	X	José Luis Guacas
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	José Luis Guacas
	Reglamento de higiene y seguridad industrial, plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP.	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	José Luis Guacas
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	José Luis Guacas
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medidas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador: Andres Mauricio Mora R **Cedula:** 80744760 BTA

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:44:44 AM horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80744760**
Apellidos y Nombres: **MORA RUEDA ANDRES MAURICIO**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 09 de marzo de 2026, a las 14:58:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80744760
Código de Verificación	80744760260309145834

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ci

Número Identificación: 80744760

¿ Cuanto es 5 - 2 ? 3

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ANDRES MAURICIO MORA RUEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 80744760.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, marzo 09, 2026 - Hora de consulta: 14:57:13

OTRAS ENTIDADES

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos:
Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales:
Notificaciones Judiciales

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

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, 09/03/2026 02:55:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **80744760** y Nombre: **ANDRES MAURICIO MORA RUEDA.**

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. **136115335** . 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



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:47:14 horas del 20/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80744760,** Apellidos y Nombres **MORA RUEDA ANDRES MAURICIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIOEDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.060.119**

GOMEZ SISSA

APELLIDOS

FERNANDO MIGUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1969**

TUTAZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

05-JUL-1988 BOAVITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-01143696-M-0004060119-20200701 0071088667A 1 9810525031

Medellín, 24 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000110110 INTEGRACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4060119	GOMEZ SISSA FERNANDO MIGUEL	27/04/2026		20633127	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 24/04/2026 14:16:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C., 24 de Abril de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 24/4/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 4060119
Nombres y Apellidos	FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NT 901495759
Razón Social Empleador	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	27/4/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	24/4/2026
Cargo	TECNICO ELECTRICO
Horas Labor Mes	216
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 5H0PcZmOS

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 4060119 FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**642**
Fecha Afiliación:	**01/08/2008**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 13 de Abril de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Nueva EPS S.A.

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos	E-418	**Fecha de Impresion**	24/04/2026
Fecha de ingreso	24/04/2026	**Nombre**	FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA
CC	4060119	**Sede**	B
Ocupacion	TECNICO	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	23/04/1969	**Edad**	56
Direccion	CLL 66 A NO 81 B 72	**Telefono**	3228346220
Estado Civil	UNION LIBRE	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	24/04/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA	NORMAL
OPTOMETRIA	ANORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE-CONSERVACION AUDITIVA

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA**
CC **4060119**

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:50:36 horas del 24/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **4060119,** Apellidos y Nombres **GOMEZ SISSA FERNANDO MIGUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ENERGIZA SAS** , con NIT **901495759-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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, 24/04/2026 02:40:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **4060119** y Nombre: **FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA.**

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. **138899590** . 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



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 24 de abril de 2026, a las 08:52:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	4060119
Código de Verificación	4060119260424085242

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 01:54:14 PM horas del 13/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **4060119**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ SISSA FERNANDO MIGUEL**

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294850272

PIB
08:50:32

Bogotá DC, 24 de abril 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) FERNANDO MIGUEL GOMEZ SISSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 4060119:

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 Lucía Tibocha Cortés
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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.973.284
RAMIREZ RATIVA
APELLIDOS
JOSE VICENTE
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00127430-M-0079973284-20061113 0005810852A 1 1500061405

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

Información General

No. ingreso	**57997**	**Fecha Impresión**	**15/01/2026**
Fecha Ingreso	**15/01/2026**	**Nombre**	**JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA**
CC	**79973284**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**OFICIAL**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**3/08/1979**	**Edad**	**46**
Dirección	**CR 18 C BIS NO 70 41 SUR**	**Teléfono**	**3214123368**
Estado Civil	**Soltero**	**# Hijos**	
Empresa a Laborar	**ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**	**Fecha de salida**	**15/01/2026**
Nombre Acompañante			



Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

Firma del trabajador: JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA
CC:CC79973284

Medellín, 19 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 ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000006 - PROYECTO INDUSEL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79973284	RAMIREZ RATIVA JOSE VICENTE	16/01/2026		24816534	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:C10882658132601950582

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 19/01/2026 14:03:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 198.143.41.49, 172.16.42.57

Medellín, 19 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000110110 - INTEGRACION, 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
C79973284	RAMIREZ RATIVA JOSE VICENTE	16/01/2026		24816534	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:C10882658132607849861

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 19/03/2026 13:51:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.18, 192.230.104.14, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA identificado(a) con CC. 79973284 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2019/03/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de 03 del año 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Enero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 79973284
Nombre	: JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/01/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/01/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1024484483 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código HJdZsUWEH

Vigilado Supersubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA identificado(a) con C.C No. 79.973.284, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Version: 01
EVERGIZA	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	Fecha: 05/12/2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
16/01/2026	JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Busos	2	
		Pantalon de Jean	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Jose vicente ramirez rativa	CEDULA No.	79973284
CARGO		FIRMA	

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se compromete a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

REDMI 12C | I 15/01/2026 17:08

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:24:33 AM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79973284**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ RATIVA JOSE VICENTE**

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

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 14 de enero de 2026, a las 11:14:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79973284
Código de Verificación	79973284260114111429

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. 288582581

PIB
11:13:36

Bogotá DC, 14 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 VICENTE RAMIREZ RATIVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79973284:

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.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:38:36 horas del 27/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79973284,** Apellidos y Nombres **RAMIREZ RATIVA JOSE VICENTE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcioeducativo25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.069.917

ANGULO MESINO

APELLIDOS

ROBIN RAFAEL

NOMBRES

Robin Angulo mesino

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-2000

LURUACO
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

01-FEB-2018 SABANALARGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-0004600-00000501-M-1002069917-20180328 0060512814A 1 50118088

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

Información General

No. ingreso	**55664**	**Fecha Impresión**	**13/09/2025**
Fecha Ingreso	**13/09/2025**	**Nombre**	**ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO**
CC	**1002069917**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**TECNICO ELECTRICISTA**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**28/01/2000**	**Edad**	**25**
Dirección	**CLL 54 SUR NO 78 21**	**Teléfono**	**3017700516**
Estado Civil	**Soltero**	**# Hijos**	
Empresa a Laborar	**ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**	**Fecha de salida**	**13/09/2025**



Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual-astigmatismo control con optometría formulación lentes
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

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

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

Firma del trabajador: ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO
CC:CC1002069917

Medellín, 12 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1002069917	ANGULO MESINO ROBIN RAFAEL	16/09/2025		210rz591	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:C10882658132607156052

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 12/03/2026 15:34:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Medellín, 19 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000110110 - INTEGRACION, 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
C1002069917	ANGULO MESINO ROBIN RAFAEL	16/09/2025		210rz591	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:C10882658132607849942

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 19/03/2026 13:52:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.18, 192.230.104.14, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/09/2025, el empleador ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS identificado con NIT número 901495759 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9292737	15/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1002069917	ROBINRAFAEL ANGULO MESINO	1423500	TECNICO ELECTRONICO	2025-09-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1002069917
Nombre	: ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/09/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/09/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a 1024484483 y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es valida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código m2m8180vH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

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:

ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.069.917**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre 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.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Version: 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	Fecha: Enero 2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
15/09/2025	ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Botas	1	
		Pantalon de Jean	1	
		Botas de Seguridad	1 Par	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Robin Angulo	CEDULA No.	1002069.917
CARGO	Tecnico Electrico	FIRMA	Robin Angulo

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y sera de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se compromete a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverlo a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
	INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 03/01/2025
		Página **1** de **1**

Nombre: Robin Rafael Angulo Mesino **Cargo**: Técnico Eléctricista

Fecha: 15 Septiembre 2025 **Tipo de actividad**: Inducción O Re inducción O

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	FIRMA DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS - AFP – ARL	X	
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial, plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP.	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medidas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador:  **Cedula:** 1002.069.917

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:03:49 PM horas del 15/09/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002069917**
Apellidos y Nombres: **ANGULO MESINO ROBIN RAFAEL**

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.

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 15 de septiembre de 2025, a las 20:35:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002069917
Código de Verificación	1002069917250915203504

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. 280532418

PIB
20:05:42

Bogotá DC, 15 de septiembre 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) ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002069917:

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.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:40:17 horas del 27/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002069917,**
Apellidos y Nombres **ANGULO MESINO ROBIN RAFAEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcioeducativo25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

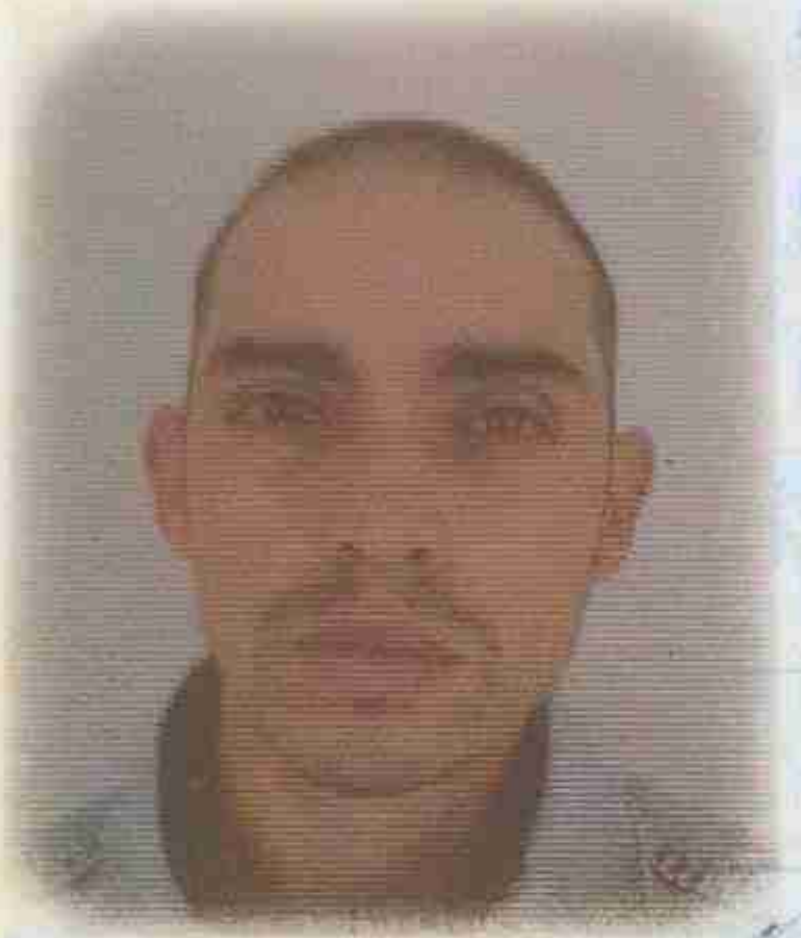
SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.001.369



Apellidos
GARCIA RODRIGUEZ

Nombres
SEBASTIAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
10 OCT 1995

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 OCT 2013, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
17 ENE 2035

Firma

Sebastian García

.CO

0723383360

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0723383600150O1<<<<<<<<<<<<
9510102M3501173COL10000O1369<7
GARCIA<RODRIGUEZ<<SEBASTIAN<<<

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos	E-72	**Fecha de Impresion**	13/03/2026
Fecha de ingreso	13/03/2026	**Nombre**	SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ
CC	1000001369	**Sede**	B
Ocupacion	AUXILIAR ELECTRICO	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	10/10/1995	**Edad**	30
Direccion	CLL 133 SUR NO 14 G 46	**Telefono**	3224535969
Estado Civil	UNION LIBRE	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	13/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ**
CC **1000001369**

Medellín, 19 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000110110 - INTEGRACION, 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
C1000001369	GARCIA RODRIGUEZ SEBASTIAN	18/03/2026		b6414561	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:C10882658132607853940

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 19/03/2026 14:59:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.18, 192.230.104.14, 172.16.42.57

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

17/03/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 17 3 2026

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	1
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GARCIA	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: SEBASTIAN	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1000001369	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
COLOMBIANO	País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: BOGOTA		10 10 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ] No [X]	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	1.750.905		CL 133 SUR 14 G 67 Dirección

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico	Departamento de Residencia
	3016756404	s46122484@gmail.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona					
BOGOTá D.C.		Cabecera Municipal	X	Centro Poblado [ ]	Rural Disperso [ ]	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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

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

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

55. Nombre o razón social: **ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**			
56. Tipo de documento de identificación: **NI**	57. Número del documento de identificación: **901495759**	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación: **CALLE 10 # 8 24** Dirección			**3443787** Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	**grupoalianzaintegral@gmail.com** Correo electrónico	**BOGOTá D.C.** Departamento	**CUNDINAMARCA** Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] 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: **GARCIA** Primer Apellido	**RODRIGUEZ** Segundo Apellido	**SEBASTIAN** Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: **CC**	10. Número de documento de identidad: **1000001369**	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	63. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **10 10 1995**	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **17 3 2026**	67. Motivo de traslado Cod. [ ]	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos [ ]

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

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

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

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

COMFENALCO B

17/03/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

OBSERVACIONES:

1000001369

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

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

compensar | salud eps

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

SI: [X] Correo electrónico: **s46122484@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

SEBASTIAN GARCIA

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 1000001369

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber

Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

SEBASTIAN GARCIA

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 1000001369

17/03/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1000001369
Nombre	: SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/18
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a SEBASTIAN y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código kcJSkeyKH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

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:

SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.001.369**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

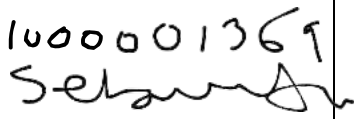
Gerencia de Clientes

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.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Version:** 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	**Fecha:** 05/12/2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
13/03/2026	**SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ**	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Busos	2	
		Pantalon de Jean	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

NOMBRE		**CEDULA No.**	
CARGO			

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
	INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 03/01/2025
		Página **1** de **1**

Nombre: SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ Cargo: AUXILIAR ELECTRICO

Fecha: 13/03/2026 **Tipo de actividad:** Inducción O Re inducción O

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	NOMBRE DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	José Luis Guacas
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS - AFP – ARL	X	José Luis Guacas
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	José Luis Guacas
	Reglamento de higiene y seguridad industrial, plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP.	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	José Luis Guacas
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	José Luis Guacas
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medidas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador: Sebastian G **Cedula:** 1000051364

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:39:11 AM horas del 14/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000001369**

Apellidos y Nombres: **GARCIA RODRIGUEZ SEBASTIAN**

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.

Volver al Inicio

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 13 de marzo de 2026, a las 15:32:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000001369
Código de Verificación	1000001369260313153212

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



Datos del ciudadano

El ciudadano no presenta antecedentes

OTRAS ENTIDADES

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:02:41 horas del 23/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000001369,** Apellidos y Nombres **GARCIA RODRIGUEZ SEBASTIAN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIOEDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.016.063.698
Apellidos
SANCHEZ BRAVO
Nombres
CRISTIAN KEVIN
Nacionalidad
COL
Estatura
1.78
Sexo
M
Fecha de nacimiento
07 FEB 1994
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
20 FEB 2012, BOGOTA D.C
Fecha de expiración
29 ABR 2034
Firma


CO
1016063698
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0456442674150O1<<<<<<<<<<<
9402076M3404296COL1016063698<7
SANCHEZ<BRAVO<<CRISTIAN<KEVIN<

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com



Informacion General

No. ingresos	E-166	**Fecha de Impresion**	27/03/2026
Fecha de ingreso	27/03/2026	**Nombre**	CRISTIAN KEVIN SANCHEZ BRAVO
CC	1016063698	**Sede**	B
Ocupacion	OFICIAL ELECTRICO	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	07/02/1994	**Edad**	42
Direccion	CR 81 B NO 13 F 27	**Telefono**	3001088687
Estado Civil	SOLTERO	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	27/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE

Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **CRISTIAN KEVIN SANCHEZ BRAVO**
CC **1016063698**

Medellín, 28 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000110110 - INTEGRACION, 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
C1016063698	SANCHEZ BRAVO CRISTIAN KEVIN	06/04/2026		1411457i	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:C10882658132608739585

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 28/03/2026 10:59:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

Fecha de Expedición: 06/04/2026

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Afiliado: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Individual [X] B. Cotizante y cónyuge sin ingreso [ ] C. Beneficiario o afiliado adicional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ] C. Institucional [ ] D. Excepción [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cónyuge [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (lo registra por la EPS)

II. AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante o cónyuge sin ingreso

6. Apellidos: Sánchez
Primer Apellido: Sánchez
Segundo Apellido: Bravo
Primer Nombre: Cristhian
Segundo Nombre: Kevin
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1016063698
9. Sexo: F [ ] M [X]
10. Fecha de nacimiento: 07/01/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Edad: 32
12. Discapacidad: Tipo [ ] Carnet [ ]
13. Pueblo Indígena:
14. Grupo de población especial:
15. Autoreconocimiento en lengua indígena: NO
16. Autoreconocimiento en grupo étnico: RROM/GITANO
17. Teléfono fijo: 7423405
18. Dirección: Diagonal 16 #100-95
19. Teléfono celular: 3001886687
20. Correo electrónico: cristiankbb@gmail.com
21. Departamento de residencia: Bogotá
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
22. Municipio de residencia: Bogotá
23. Municipio de nacimiento: Bogotá

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

24. Apellidos y nombres
25. Tipo de documento de identidad
26. Número de documento de identidad
27. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
28. Fecha de nacimiento

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

	29. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	30. Tipo de Documento de Identidad	31. Número de documento de identidad	32. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	33. Fecha de Nacimiento	34. Parentesco	35. Hijo	36. Discapacidad: Tipo	Carnet	37. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo o de celular	38. Valor de la UPC adicional (lo registra por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

39. Nombre de la Prestadora prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (lo registra por la EPS)
01	
02	
03	
04	
05	

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

40. Nombre o razón social: Energiza Soluciones en Ingeniería SAS
41. Tipo de documento de identificación: NIT
42. Número de documento de identificación:
43. Tipo de aportante o aspirante pensionado (lo registra por la EPS)
44. Dirección: AV 30 agosto # 46-36
45. Teléfono: 3141043
46. Correo electrónico: Recursohumano@energiza.co
47. Ciudad: Pereira
48. Departamento: Risaralda

VI. REPORTE DE NOVEDADES

49. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
Código
6. Reincripción en la EPS
7. Traslado 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
A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado
A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del traslado de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	52. EPS anterior	53. Motivo de traslado: Código	54. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
				06/04/2026			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

60. Declaración de veracidad y exactitud de los beneficiarios y afiliados adicionales
61. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
62. Declaración de ausencia de vínculo de tercero mayor o para quien opere la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
63. Declaración de no afiliación del cotizante, cónyuge de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
64. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia o copia de la historia clínica del cotizante o cónyuge sin familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
67. Autorización para que la EPS solicite la información que se genere en la utilización del reporte de novedades a la base de datos de afiliados reportada y a las entidades públicas que con sus funciones lo requieran
68. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cónyuge sin 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
69. Autorización para que [illegible] remisión de avisos. ENERGIZA

IX. FIRMAS

50. Cristhian Kevin S. — NIT 901495759-3 dv.

X. ANEXOS

70. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cert. [ ] RC [ ] Cert. [ ] TI [ ] Cert. [ ] CC [ ] Cert. [ ] PA [ ] Cert. [ ] CE [ ] Cert. [ ] CD [ ] Cert. [ ] SC [ ] Cert. [ ] Total
71. Copia del número de identificación permanente emitido por la autoridad competente
72. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
73. 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
80. Copia del certificado de afiliación o acta de entrega del menor
81. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
82. Documento en que conste la petición de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
83. Copia de la autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
84. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
85. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

86. Identificación de la entidad territorial: Código del municipio / Código del departamento
87. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
88. Fecha de radicación
89. Fecha de validación
90. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
91. Firma del funcionario
OBSERVACIONES

Fecha de que trata la línea del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII de este anexo.

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

Powered by CamScanner

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

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante): Cristian Kevin S.

No. Identificación: 1016063698

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud, información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Comparta mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Cristian Kevin S.

No. Identificación: 1016063698

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 1 de Abril de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1016063698
Nombre	: CRISTIAN KEVIN SANCHEZ BRAVO
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/04/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/04/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a KEVIN y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código OZ3bKYL4H

Vigilado Supersubsidio

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:

CRISTIAN KEVIN SANCHEZ BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.063.698**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Marzo 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.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Version:** 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	**Fecha:** 05/12/2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
27/03/2026	**CRISTIAN KEVIN SANCHEZ**	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Busos	2	
		Pantalon de Jean	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

NOMBRE	Cristian Kevin Sanchez Bravo	**CEDULA No.**	1.016.063.670
CARGO	Oficial Electricista	**FIRMA**	

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
EVEREZA	**INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	Fecha: 03/01/2025
		Pagina **1** de **1**

Nombre:CRISTIAN KEVIN SANCHEZ Cargo: OFICIAL ELECTRICO

Fecha: 27/03/2026 **Tipo de actividad:** Inducción O Re inducción O

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	NOMBRE DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	José Luis Guacas
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS - AFP ARL	X	José Luis Guacas
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	José Luis Guacas
	Reglamento de higiene y seguridad industria., plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP,	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	José Luis Guacas
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	José Luis Guacas
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medicas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador: _____ **Cedula:** 1010036[illegible]

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:50:27 AM horas del 28/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1016063698**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ BRAVO CRISTIAN KEVIN**

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.

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 28 de marzo de 2026, a las 11:47:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1016063698
Código de Verificación	1016063698260328114741

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

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor/a ciudadano/a: La expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todos los casos.
Fecha de consulta: miércoles, enero 29, 2025 - Hora de consulta: 11:48:45

El certificado de antecedentes ordinario contiene las anotaciones de las personas o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 1, artículo 238 de la ley 1955 de 2019, modificado por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedentes especial, refiere todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya ejecución, desempeño o mantenimiento, jerarquía exige acreditar todos los antecedentes.

Para verificar este documento ingrese a nuestra Página Web: https://www.procuraduria.gov.co/portal/ y siga las instrucciones para descargar el archivo.

Copyright © 2015 Procuraduría General de la Nación - Todos los derechos reservados
Desarrollado por: Dirección de Sistemas y Tecnología
V1.0.0.1

OTRAS

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:01:31 horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1016063698,**
Apellidos y Nombres **SANCHEZ BRAVO CRISTIAN KEVIN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcio educativo25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5733294

FLORES GONZALEZ
APELLIDOS

ERICK XAVIER
NOMBRES

COL

VEN — M
NACIONALIDAD — SEXO

18632468
DNI Nro.

20-03-1984
FECHA DE NACIMIENTO

16-09-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

Powered by CamScanner

E1526407



INDICE DERECHO

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

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

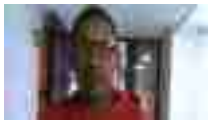
IPCOL5733294<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8403205M3105308VENE1526407<<<5
FLORES<GONZALEZ<<ERICK<XAVIER<

Powered by CamScanner

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos	E-184	**Fecha de Impresion**	31/03/2026
Fecha de ingreso	31/03/2026	**Nombre**	ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ
PT	5733294	**Sede**	B
Ocupacion	ELECTRICISTA	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	20/03/1984	**Edad**	42
Direccion	CR 21 B ESTE NO 42 38	**Telefono**	3028047340
Estado Civil	SOLTERO	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	31/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ**
PT **5733294**

Medellín, 31 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000110110 INTEGRACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X5733294	FLOREZ GONZALEZ ERICK XAVIER	06/04/2026		B1809444	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 31/03/2026 10:42:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, 31/03/2026

Señor(a)
ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ
PT – 5733294

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016582849
Fecha Radicación: 03/31/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS N 901495759, bajo el tipo de cotizante PT con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ	PT	03/20/1984	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 04/30/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 12 B 35 49
Dirección Laboral: CR 12 B 35 49
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: NINGUNA
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 04/06/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 - Nacional 018000 1 14564
Tu salud no es a medias debe ser total

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 1 de Abril de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: PT
No. de Identificación	: 5733294
Nombre	: ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/04/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/04/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a xavier y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código MOsL4jpiH

Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 11 de Agosto de 2025 2025_17077848-45278677

Señor (a):
ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ
CRA 28 E E STE # 42 38
SOACHA - CUNDINAMARCA

Referencia: Radicado No. 2025_17077848 del 11 de Agosto de 2025
Ciudadano: ERICK XAVIER FLORES GONZALEZ
Identificación: P.T 5733294
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1
Documento de identidad del ciudadano ampliado al 150%	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 - 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 - 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909
Línea Gratuita: 01 8000 410909
Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 31 de marzo de 2026, a las 10:44:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	5733294
Código de Verificación	5733294260331104403

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

Tipo de Identificación: NIT

Número Identificación: 51331364

¿Cuál es la Capital del Valle del Cauca? 3

Consultar

El número de identificación ingresado no se encuentra registrado en el sistema.

Señor(a) ciudadano(a), la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes positivos, contiene las anotaciones de las sanciones y/o inhabilidades que a esa fecha pesan en contra del ciudadano. (Inciso 2, artículo 238 de la ley 1952 de 2019, modificado por la ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedentes negativos, verifica todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cargos de elección, designación o nombramiento y posesión, exigir contratos total o parcial, de prestación de servicios.

Para ver este documento necesita tener Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2015 Procuraduría General de la Nación - Todos los derechos reservados
Desarrollado por: SIM Software Colombia
V.2.0.0

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:02:58 horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **5733294.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1966**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-AGO-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2400100-01140674-M-0060270364-20200605 **00708**49983A 1 1375896520

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **80.270.364**

GARZON ISAZA

APELLIDOS

JOSE ALFREDO

NOMBRES



FIRMA

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos	E-186	**Fecha de Impresion**	31/03/2026
Fecha de ingreso	31/03/2026	**Nombre**	JOSE ALFREDO GARZON ISAZA
CC	80270364	**Sede**	B
Ocupacion	TECNICO ELECTRICISTA	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	11/04/1966	**Edad**	59
Direccion	CR 79 A NO 78 55 SUR	**Telefono**	3103695442
Estado Civil	UNION LIBRE	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	31/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **JOSE ALFREDO GARZON ISAZA**
CC **80270364**

Medellín, 31 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000110110 INTEGRACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80270364	GARZON ISAZA JOSE ALFREDO	06/04/2026		18293200	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 31/03/2026 09:09:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, 31/03/2026

Señor(a)
JOSE ALFREDO GARZON ISAZA
C – 80270364

Referencia: certificado radicación de afiliación
Formulario No.: 4016582926
Fecha Radicación: 03/31/2026

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS N 901495759, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2026 de $ 1750905.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

Nombre y Apellido	Documento / Tipo	Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Parentesco	Sexo	Anexos pendientes
JOSE ALFREDO GARZON ISAZA	C	04/11/1966	COTIZANTE	M	

Información Afiliación
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 04/30/2026 **(sujeto a autorización de traslado)**

Información Laboral
Dirección Empleador: CR 12 B 35 49
Dirección Laboral: CR 12 B 35 49
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: NINGUNA
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 04/06/2026

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) AFILIACION EMPRESA SIN ASESOR Código: X019, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.	Documentos exigidos	Cod.
Documento de identidad	A	Registro civil de matrimonio	B	Declaración extrajuicio de convivencia	C
Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar)	F	Certificado de incapacidad permanente	G	Certificado de dependencia económica	H
Registro civil prueba de parentesco	S	Carta certificación representante legal	T	Carta contrato de aprendizaje	W
AFP para cotizantes cooperativas	1	ARP para cotizantes cooperativas	2	Certificación ARP	11

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción “Te Escuchamos” registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

www.saludtotal.com.co
Línea total Bogotá 485 4555 - Nacional 018000 1 14564
Tu salud no es a medias debe ser total

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 1 de Abril de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 80270364
Nombre	: JOSE ALFREDO GARZON ISAZA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/04/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/04/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a jose y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código nK1avhlxH

Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ALFREDO GARZON ISAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80270364,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** 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 28 de marzo 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

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Version:** 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	**Fecha:** 05/12/2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
31/03/2026	**JOSE ALFREDO GARZON ISAZA**	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Busos	2	
		Pantalon de Jean	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

NOMBRE		**CEDULA No.**	80270364
CARGO		**FIRMA**	

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
	INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 03/01/2025
		Página **1** de **1**

Nombre: JOSE ALFREDO GARZON ISAZA Cargo: TECNICO ELECTRICISTA

Fecha: 31/03/2026 **Tipo de actividad:** Inducción O Re inducción O

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	NOMBRE DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	José Luis Guacas
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS - AFP – ARL	X	José Luis Guacas
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	José Luis Guacas
	Reglamento de higiene y seguridad industrial, plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP.	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	José Luis Guacas
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	José Luis Guacas
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medidas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador: _____ **Cedula:** 80270364

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:57:48 AM horas del 31/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80270364**
Apellidos y Nombres: **GARZON ISAZA JOSE ALFREDO**

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.

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 31 de marzo de 2026, a las 10:58:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80270364
Código de Verificación	80270364260331105840

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293686449

PIB
10:57:00

Bogotá DC, 31 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ALFREDO GARZON ISAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80270364:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:04:31 horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80270364,** Apellidos y Nombres **GARZON ISAZA JOSE ALFREDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

República de Colombia
Ministerio de Minas y Energía

Consejo Nacional de Técnicos Electricistas

Cumplimiento de la Ley 19 de 1990, el Decreto Reglamentario No. 991/91
Resolución 8-0263 del Ministerio de Minas y Energía



CONSIDERANDO:

Que el señor JOSE ALFREDO GARZON ISAZA, identificado con cédula de ciudadanía número 80270364 de Bosa (Bogotá D.E), solicitó a esta Honorable Corporación la expedición de la Matrícula Profesional mediante radicado bajo el número 014559 para lo cual se le tuvo en cuenta el Título conferido por el Centro de Educación Diversificada Dharual. CEDID San Pablo (Bosa), como Bachiller Diversificado Modalidad Electricidad y Electrónica, dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 1995.

Que tramitada la solicitud en forma legal no se presentó oposición alguna.

En mérito de lo expuesto, el CONTE, en uso de sus facultades legales y en especial en el numeral 4° del artículo 29 del acuerdo 006 de 1995.

RESUELVE:

Expedir Matrícula Profesional de Técnico Electricista al señor:

JOSE ALFREDO GARZON ISAZA
MTE. 80.270.364-01065

En las siguientes clases:

TE-1 TECNICO EN INSTALACIONES ELECTRICAS INTERIORES
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado al montaje y reparación de circuitos eléctricos de todo tipo de salidas para tomacorrientes, enchufes, salidas para alumbrado, lámparas, luminarias, interruptores, tableros de distribución de circuitos, equipos de medida, protección, control, señalización, conexiones especiales y servicios auxiliares de instalaciones eléctricas residenciales y comerciales.

TE-2 TECNICO EN BOBINADOS ELECTRICOS Y ACCESORIOS
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado al mantenimiento y reparación de transformadores eléctricos, motores eléctricos, generadores eléctricos y equipo de instalaciones eléctricas; al montaje y conexión de transformadores eléctricos y motores eléctricos; al rebobinado de transformadores eléctricos, motores eléctricos y generadores eléctricos; así como al mando de motores eléctricos.

TE-3 TECNICO EN MANTENIMIENTO ELECTRICO
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado a la operación y mantenimiento de instalaciones eléctricas relacionadas con accionamiento y control de máquinas.

TE-4 TECNICO EN ELECTRICIDAD INDUSTRIAL
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado al montaje de transformadores eléctricos, motores eléctricos, armarios de contadores, tableros de protección y distribución de circuitos eléctricos.

Dada en Bogotá, D.C. a los 24 días del mes de junio del año 2002.

MANUEL HECTOR OCHOA CRUZ
Presidente

DUBE ESPERANZA RUIZ
Secretaria Ejecutiva

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Minas y Energía

Consejo Nacional de
Técnicos Electricistas
(Ley 19 de 1990)

Resolución M C.013537
(22 de febrero de 2002)
"Por la cual se aprueba una solicitud"

Rad.014359

TE-3 TECNICO EN MANTENIMIENTO ELECTRICO
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado, a la operación y mantenimiento de instalaciones eléctricas, relacionadas con accionamiento y control de máquinas

TE-4 TECNICO EN ELECTRICIDAD INDUSTRIAL
Para adelantar actividades relacionadas con el estudio aplicado al montaje de transformadores eléctricos, motores eléctricos, armarios de contadores, tableros de protección y distribución de circuitos eléctricos.

TERCERO Contra la presente resolución procede el recurso de reposición el cual deberá ser impetrado dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación o la desfijación del Edicto según el caso.

Dada en Bogotá, D. C., a los 22 días del mes de febrero de 2002. Acta No. 020

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

MANUEL HECTOR OCHOA CRUZ
Presidente del CONTE

MARIA TERESA CABARICO ALMARIO
Presidente Comité Técnico

DANIEL SANCHEZ SILVA
Consejero Ponente

ROSBE ESPERANZA RUIZ
Secretaria Ejecutiva

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.555.679

SORIANO CADENA

APELLIDOS

JEFERSON

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-SEP-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00405667-M-1024555679-20121016 00914 38247084

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com



Informacion General

No. ingresos	E-160	**Fecha de Impresion**	26/03/2026
Fecha de ingreso	26/03/2026	**Nombre**	JEFERSON SORIANO CADENA
CC	1024555679	**Sede**	B
Ocupacion	TECNICO ELECTRICISTA	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	01/09/1994	**Edad**	42
Direccion	CR 4 ESTE NO 78 A 10 SUR	**Telefono**	3224505090
Estado Civil	UNION LIBRE	**# Hijos**	1
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	26/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE

Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	APTO

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **JEFERSON SORIANO CADENA**
CC **1024555679**

Medellín, 26 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000110110 INTEGRACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024555679	SORIANO CADENA JEFERSON	30/03/2026		25h146U1	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 26/03/2026 16:53:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

30/03/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 30 3 2026

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: SORIANO	Segundo Apellido: CADENA	Primer Nombre: JEFERSON	Segundo Nombre:
9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número de documento de identidad: 1024555679	11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANO	14. Lugar de nacimiento: País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: BOGOTA
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 1 9 1994			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Si [ ] No [X]	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [ ] No [X]	20. Clasificación SISBÉN: Nivel [ ] Grupo [ ]	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR	24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: CALLE 82 C BIS 18 M 12 SUR
Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3146127283	Correo electrónico: b.boyjeferson8@gmail.com	Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio/ Distrito: BOGOTá D.C.	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] 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 de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)			

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

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

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

55. Nombre o razón social: **ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S**

56. Tipo de documento de identificación: **NI**

57. Número del documento de identificación: **901495759**

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

59. Ubicación

CALLE 10 # 8 24 Dirección

3443787 Teléfono fijo o Celular

Teléfono fijo o Celular

grupoalianzaintegral@gmail.com Correo electrónico

BOGOTá D.C. Departamento

CUNDINAMARCA Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

SORIANO Primer Apellido | **CADENA** Segundo Apellido | **JEFERSON** Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: **CC**

10. Número de documento de identidad: **1024555679**

62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]

63. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **1 9 1994**

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **30 3 2026**

67. Motivo de traslado Cod. [ ]

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ] Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]

93. Nombre de la Institución

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

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

Tipo de documento de identidad [ ] Número de documento de identidad [ ]

95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

COMPETENCIA B

30/03/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

OBSERVACIONES:

1024555679

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

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

compensar | salud eps

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

SI: [X] Correo electrónico: **b.boyjeferson8@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 1024555679

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber
Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

30/03/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 1024555679

Vigilado Supersalud

V003 FOR-EPSVTA-0002

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 1 de Abril de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1024555679
Nombre	: JEFERSON SORIANO CADENA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/26
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/30
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a JEFERSON y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 47BwARR8H

Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JEFERSON SORIANO CADENA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024555679,** se encuentra afiliado/a desde **04/04/2014** 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 25 de marzo 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


POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
OBJETIVOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:31:19 AM horas del 27/03/2025, el ciudadano identificado con
Cédula de ciudadanía N° 91245550
Apellidos y nombres: SORIANO CEDEÑA JEFERSON
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 Julio 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 ordenado la extinción de
la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta se debe realizar y cuenta el número de identificación y nombres, consignados con el documento de
identidad original y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a la vinculación en la constitución
nacional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o diríjase a las instalaciones de la Policía
Nacional más cercana.
Volver al inicio

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:

1024555679

Fecha Expedición:

10/09/2012

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, 27/03/2026 09:28:48 a. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1024555679 de Nombre: SORIANO CADENA JEFERSON**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	Repre
11-001-6-2020-241833	002	1024555679	SORIANO CADENA JEFERSON			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO RE

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).

Detalle Comportamiento Contrario a la Convivencia

Número de Expediente:

11-001-6-2020-241833

Artículo:

Art. 35 Comportamientos que afectan las relaciones entre las personas y las autoridades

Numeral:

Num. 2 Incumplir, desacatar, desconocer e impedir la función o la orden de policía

Literal:

No aplica

Apelación:

NO

Localidad:

E-6 TUNJUELITO

Relato Hechos:

el ciudadano en mención se encuentra en vía pública sin cumplir con los requisitos de excepción del decreto 106 de la alcaldía mayor de Bogotá ya que hoy solamente pueden salir las mujeres

Descargos:

0

Medidas Correctivas

Medida	Atribucion	Remitido a:	Direccion:	Estado
Participación en programa comunitario o actividad pedagógica de convivencia	COMANDANTE DE ESTACIÓN, SUBESTACIÓN, CAI, PERSONAL UNIFORMADO PONAL	CAI SAN CARLOS	Diagonal. 51 Sur #18B-00	EN PROCESO
Multa General Tipo 4	INSPECTOR DE POLICÍA	INSPECCIÓN TUNJUELITO	CLL 11 #8-17	MEDIDA NO IMPUESTA



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 27 de marzo de 2026, a las 09:50:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1024555679
Código de Verificación	1024555679260327095059

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



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:41:26 horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1024555679,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDU 25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5083626

COL

GAMARRA GAMARRA

APELLIDOS

NEIKER JAVIER

NOMBRES

VEN M

NACIONALIDAD SEXO

28715392

DNI Nro.

22-09-1999

FECHA DE NACIMIENTO

16-12-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Neiker

FIRMA

Powered by CamScanner

E0739528



ÍNDICE 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

IPCOL5083626<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9909221M3105308VENE0739528<<<0
GAMARRA<GAMARRA<<NEIKER<JAVIER

Powered by CamScanner

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com



Informacion General

No. ingresos	E-154	**Fecha de Impresion**	25/03/2026
Fecha de ingreso	25/03/2026	**Nombre**	NEIKER JAVIER GAMARRA GAMARRA
PT	5083626	**Sede**	B
Ocupacion	AYUDANTE	**Tipo de Examen**	INGRESO ALTURAS
Fecha de Nacimiento	22/09/1999	**Edad**	42
Direccion	SUBA GAITANA	**Telefono**	3225815838
Estado Civil	SOLTERO	**# Hijos**	1
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Fecha Salida**	25/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE

Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	REALIZADA		

Certificación de Aptitud

APTO CON RECOMENDACIONES Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE-Auditivo
Capacitación para el levantamiento y manejo adecuado de carga-uso de EPP específicos según análisis de riesgo previo.
Puede laborar en alturas bajo debido acompañamiento

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **NEIKER JAVIER GAMARRA GAMARRA**
PT **5083626**

Medellín, 26 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000110110 INTEGRACION		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X5083626	GAMARRA GAMARRA NEIKER JAVIER	30/03/2026		17014225	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 26/03/2026 16:02:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.25.163, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación: AFI-0076568430 | Fecha de Radicación: 03 02 06

GAMARRA	GAMARRA	JAVIER	NEIKER
CC	5033625	M	22 09 1989

SURA	PROTECCION	1.780.905	
Campoalegre calle 60 N-15-11		3225815878	javiergamarra0990@gmail.com

01			
02			
03			
04			
05			

01					
02					
03					
04					
05					

01							
02							
03							
04							
05							

C			
A			
P			
S			

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

ENERGIA SIN FRONTERAS EN INGENIERIA SAS	NIT	901945759-3	
AVENIDA 30 de AGOSTO #46B36	3419093	[illegible]	PEREIRA	Risaralda

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Traslado de otra EPS
2. Traslado de Régimen Especial o de Excepción
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización a cotizante de régimen contributivo
5. Inclusión de la cotización en la EPS
Código [ ]
6. Retiro de 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. Cotización a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desafiliación de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
13. Movilidad: a. Régimen Contributivo / b. Régimen Subsidiado
14. Traslado: a. Mismo Régimen / b. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de primera vez al cotizante
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: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

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 afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante a cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

NEIKER JAVIER

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Vo.Bo. ENERGIZA

55. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

NIT. 901495759-3

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐
Cantidad: ☐ Total: ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida 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 divorcio, sentencia judicial que decrete la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del 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

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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: PT
No. de Identificación	: 5083626
Nombre	: NEIKER JAVIER GAMARRA GAMARRA
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/26
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/30
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a JAVIER y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 6S9RGyGUH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GAMARRA GAMARRA NEIKER JAVIER** identificado(a) con **PT** número **5.083.626** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de enero de 2026 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de marzo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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 jueves 26 de marzo de 2026, a las 14:53:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	5083626
Código de Verificación	5083626260326145321

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



El ciudadano no presenta antecedentes

OTRAS ENTIDADES

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:42:51 horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **5083626.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcioedu25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 79.741.711
GALINDO TIRIAT
APELLIDOS
WILMAR GUIOVANI
NOMBRES
Wilmar Giovanny Galindo
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 901576103
Teléfono: 302 4987190
diagnosticocupacional@gmail.com

Informacion General

No. ingresos	23	**Fecha de Impresion**	7/03/2026
Fecha de ingreso	7/03/2026	**Nombre**	WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT
CC	79741711	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupacion	AUXILIAR ELECTRICO	**Tipo de Examen**	INGRESO
Fecha de Nacimiento	26/07/1976	**Edad**	31
Direccion	CLL 48 C SUR NO 1 58	**Telefono**	3123577735
Estado Civil	CASADO	**# Hijos**	0
Empresa a Laborar	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA	**Fecha Salida**	7/03/2026 7:00AM
Empresa Contratante	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Examenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
		GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		
AUDIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

APTO Observaciones: paciente en condiciones optimas

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO
CONFINADOS	N/A

Recomendaciones Generales

·Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
·Control periódico ocupacional-optometría
·Audiometría
·Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Específicas Empresa

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

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE visual
SVE-Auditivo
Capacitación para el levantamiento y manejo adecuado de carga-uso de EPP específicos según análisis de riesgo previo.
Puede laborar en alturas bajo debido acompañamiento

Observaciones

paciente en condiciones optimas

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

Firma del trabajador: **WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT**
CC **79741711**

Medellín, 09 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA 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:	0000000006 PROYECTO INDUSEL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79741711	GALINDO TIRIAT WILMAR GIOVANNY	11/03/2026		k213246b	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 09/03/2026 11:53:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.112.237, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016476822	0|9|0|3|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
GALINDO Primer apellido	TIRIAT Segundo apellido	WILMAR Primer nombre	GUIOVANI Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	79741711	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			2|5|0|7|1|9|7|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
NINGUNA		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 4 8C SUR 1 57....		3123577735	WILMARGALINDOTIRIAT@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 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)
ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	NIT	901495759	

59.Ubicación

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

No de Radicacion
4016476822

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|1|0|3|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Marzo de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 79741711
Nombre	: WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT
Empresa/Contratante	: ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901495759
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/03/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/03/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

Nombre	Identificación	Fecha Afiliación	Parentesco	Categoria	Recibe Subsidio	Valor	Ult. Subsidio	Estado
CLODOMIRO GALINDO CASTRO	19160723	20250804	PA	A	SI	65100	202601	AF
CARMEN ALICIA TIRIAT DE GALINDO	41691498	20250804	PA	A	SI	65100	202601	AF

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código S4gKX28j0

Vigilado Supersubsidio

SANDRA MILENA RAMIREZ	52441785	20251212	CY	A	NO	0	--	AF

La presente certificación se expide con destino a WILMAR y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
S4gKX28j0

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

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:

WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.741.711**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Marzo 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.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Version:** 01
	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	**Fecha:** 05/12/2025

ACTA ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN COLECTIVA

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADO	CANTIDAD	FIRMA RECIBIDO
9/03/2026	**WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT**	Guantes	1 Par	
		Gafas	1	
		Busos	2	
		Pantalon de Jean	2	
		Botas de Seguridad	1 Par	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE		**CEDULA No.**	
CARGO		**FIRMA**	

COMPROMISO

El trabajador manifiesta que:
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, se comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Versión 01
	INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 03/01/2025
		Página **1** de **1**

Nombre: WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT Cargo: AUXILIAR ELECTRICO

Fecha: 9/03/2026 **Tipo de actividad:** Inducción ○ Re Inducción ○

Por favor señale con una X la casilla "recibida", conforma se le explican los temas

ACTIVIDAD	TEMAS	RECIBIDA	NOMBRE DEL CAPACITADOR
INDUCCIÓN A LA EMPRESA	Información de la Empresa- Reglamento Interno de Trabajo.	X	José Luis Guacas
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	SG-SST- EPS - AFP – ARL	X	José Luis Guacas
	Políticas alcohol y drogas.	X	
INDUCCIÓN DE SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comité de convivencia laboral, Prevención de acoso laboral.	X	José Luis Guacas
	Reglamento de higiene y seguridad industrial, plan de emergencia. Definición de accidente y enfermedad laboral reporte e investigación.	X	
	Productos o sustancias químicas hojas de seguridad y emergencia.	X	
	La Seguridad basada en el comportamiento	X	
	Identificación de peligros	X	
	Uso y mantenimiento de los EPP.	X	
	Exámenes médicos Laborales	X	
INDUCCIÓN AMBIENTAL	Manejo de residuos sólidos y orden y aseo.	X	José Luis Guacas
	Uso eficiente del agua y energía.	X	
	Orden, aseo e higiene personal	X	
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO	Funciones y Responsabilidades	X	José Luis Guacas
	Uso de Herramientas, Máquinas y equipos, medidas de seguridad.	X	
	Técnica del Correcto Lavado de Manos	X	
	Señalización, rutas de evacuación, Respuesta a la emergencia.	X	

Firma del Trabajador: _____ **Cedula:** 79741717

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:37:27 AM horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79741711**
Apellidos y Nombres: **GALINDO TIRIAT WILMAR GUIOVANI**

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.

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 09 de marzo de 2026, a las 14:10:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79741711
Código de Verificación	797417112603091410 28

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

79741711

¿ Cuanto es 3 + 2 ?

BARRANQUILLA

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79741711.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, marzo 09, 2026 - Hora de consulta: 14:08:10

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:45:34 horas del 20/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79741711,**
Apellidos y Nombres **GALINDO TIRIAT WILMAR GUIOVANI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.776.106**

RODRIGUEZ EMBUS

APELLIDOS

BRANDON DANIEL

NOMBRES

Brandon Rodriguez

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
14-NOV-1986

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-JUN-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00914648-M-1000776106-20170622 0055932694A 2 9910037378

Powered by CamScanner

Medellín, 21 de April 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 INGORIENTE LTDA.

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 FISCALIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000776106	RODRIGUEZ EMBUS BRANDON DANIEL	22/04/2026	30/06/2026	1922230Y	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 21/04/2026 21:06:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.26.118, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/04/2026, el empleador INGORIENTE LTDA identificado con NIT número 900337484 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10113082	22/04/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000776106	BRANDON DANIEL RODRIGUEZ EMBUS	1750905	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2026-04-22

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Abril 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRANDON DANIEL RODRIGUEZ EMBUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.776.106**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	04 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INGORIENTE SAS NIT:900337484-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ EMBUS BRANDON DANIEL	Masculino	39 Años	CC (Tipo)	1000776106 (Número)

Cargo **OFICIAL**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	**COLPENSIONES**	**SURA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO SIN RESTRICCION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Brandon Rodriguez
Nombre: RODRIGUEZ EMBUS BRANDON DANIEL
CC 1000776106

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1000776106

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

br

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) BRANDON DANIEL RODRIGUEZ EMBUS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1000776106.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, abril 28, 2026 - Hora de consulta: 10:18:59

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:19:51 horas del 28/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000776106,**
Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ EMBUS BRANDON DANIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Consorcio educativo 25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 28 de abril de 2026, a las 10:18:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000776106
Código de Verificación	1000776106260428101817

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 10:17:31 AM horas del 28/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1000776106**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ EMBUS BRANDON DANIEL**

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

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

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

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

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.776.107
RODRIGUEZ EMBUS

APELLIDOS
CHARLIE ANDRES

NOMBRES
Andres Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

25-AGO-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VENGOECHEA

A-1500150-01133686-M-1000776107-20060204 0070226501A 1 8500355286

Medellín, 20 de Abril 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 INGORIENTE SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - FISCALIA, 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
C1000776107	RODRIGUEZ EMBUS CHARLIE ANDRES	14/03/2026	31/05/2026	22207415	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:C10160654572611036484

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 20/04/2026 10:08:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.48.58, 192.230.104.8, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/03/2026, el empleador INGORIENTE LTDA identificado con NIT número 900337484 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10113082	13/03/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1000776107	CHARLIEANDRES RODRIGUEZ EMBUS	1750905	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2026-03-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Marzo 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CHARLIE ANDRES RODRIGUEZ EMBUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.776.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	**03** MES	**2026** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INGORIENTE SAS NIT:900337484-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ EMBUS CHARLIE ANDRES	Masculino	36 Años	CC	1000776107
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo **AYUDANTE**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**PORVENIR**	**SURA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO SIN RESTRICCION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Andres Rodriguez

Firma:
Nombre: RODRIGUEZ EMBUS CHARLIE ANDRES
CC 1000776107

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:15:48 AM horas del 20/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1000776107**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ EMBUS CHARLIE ANDRES**

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

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

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

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

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

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciu

Número Identificación: 1000776107

¿ Cual es la Capital de Antioquia (sin tilde)?

CALI

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) CHARLIE ANDRES RODRIGUEZ EMBUS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1000776107.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, abril 20, 2026 - Hora de consulta: 10:16:48

OTRAS ENTIDADES

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos:
Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales:
Notificaciones Judiciales

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294594332

PIB
10:24:42

Bogotá DC, 20 de abril 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) CHARLIE ANDRES RODRIGUEZ EMBUS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000776107:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:25:33 horas del 20/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000776107,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcio educativo** , con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.014.857.538**
VALENCIA ORDOÑEZ

APELLIDOS
DIEGO ALEJANDRO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-2004**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

10-NOV-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1900150-01536951-M-1014857538-20251204 0149206290A 2 8517768080

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	03 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INGORIENTE S. A. S NIT 900337484-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VALENCIA ORDO?EZ DIEGO ALEJANDRO	Masculino	21 Años	CC (Tipo)	1014857538 (Número)

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	**PORVENIR**	**POSITIVA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

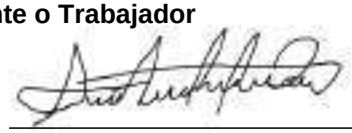
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador



Firma:
Nombre: VALENCIA ORDO?EZ DIEGO ALEJANDRO
CC 1014857538

Medellín, 03 de March 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 INGORIENTE LTDA.

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 FISCALIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1014857538	VALENCIA ORDOÑEZ DIEGO ALEJANDRO	04/03/2026	31/05/2026	139251y2	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 03/03/2026 21:58:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.186.137, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016455867	0|4|0|3|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VALENCIA	ORDOÑEZ	DIEGO	ALEJANDRO

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1014857538	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|8|1|1|2|0|0|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 55 51 44		3202075589	VALENCIAORDONEZDIEGOALEJANDRO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
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)
INGORIENTE LTDA	NIT	900337484	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 18 N 28 63 MODELO	8822418	INGORIENTE.LTDA@GMAIL.COM	ARAUCA	SARAVENA

No de Radicacion
4016455867

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|4|0|3|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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:

DIEGO ALEJANDRO VALENCIA ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.857.538**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:14:38 PM horas del 04/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1014857538**
Apellidos y Nombres: **VALENCIA ORDOÑEZ DIEGO ALEJANDRO**

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

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

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 04 de marzo de 2026, a las 19:15:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1014857538
Código de Verificación	1014857538260304191515

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. 292407676

PIB
19:16:36

Bogotá DC, 04 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO ALEJANDRO VALENCIA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1014857538:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:25:12 horas del 07/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1014857538,**
Apellidos y Nombres **VALENCIA ORDOÑEZ DIEGO ALEJANDRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIOEDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.229.827

ESCOBAR VASQUEZ

APELLIDOS

EMMANUEL DE JESUS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1997

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-2018 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01510650-M-1002229827-20250605 0145504886A 4 8514964729

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestioniecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DIA	04 MES	2026 AÑO	BOGOTA (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

INGORIENTE SAS NIT:900337484-3

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESCOBAR VASQUEZ EMMANUEL DE JESUS	Masculino	28 Años	CC (Tipo)	1002229827 (Numero)

Cargo: **AYUDANTE**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:

SATISFACTORIO SIN RESTRICCION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

* USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.
* PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
* CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL
* INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

* HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 contempladas 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 reposen la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 2274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MALAMBO BOCANEGRA YOJAN CAMILO

CC 1013601920

Medellín, 21 de April 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 INGORIENTE LTDA.

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 FISCALIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1002229827	ESCOBAR VASQUEZ EMMANUEL DE JESUS	22/04/2026	30/06/2026	82201831	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 21/04/2026 19:13:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.26.118, 192.230.104.13, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4019480457	2|1|0|4|2|0|2|6

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliacion ☐ B. Reporte de novedades ☒ | 2.Tipo afiliado: A. Individual ☒ (Cotizante Cabeza de familia) (beneficiario afiliado adicional) ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. Pensionado ☐ | 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 BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando alguno o ambos adicionales)

8.Apellidos y nombres: Primer apellido: ESCOBAR | Segundo apellido: VASQUEZ | Primer nombre: EMMANUEL | Segundo nombre: DE JESUS

9.Tipo documento de identidad: CC | 10.Número del documento de identidad: 1002329627 | 11.Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒ | 12.Sexo identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad: COLOMBIA | 14.Lugar Nacimiento: País: COLOMBIA Departamento: Municipio: | 15.Fecha Nacimiento: 21/08/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia: 6 | 17.Comunidad | 18.Discapacidad: SI ☐ No ☒ Categoria Discapacidad

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1750905 | 25. Tarifa Contribución Solidaria

26.Residencia: Dirección: CR 12 G ESTE NO 22 30 SUR 3 | Teléfono fijo | Teléfono celular: 3143857306 | Correo electrónico: ESCOBARDESEGUROS@GMAIL.COM

Departamento: BOGOTA | Municipio/Distrito: BOGOTA | Localidad / comuna | 3008 | Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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)
INGORIENTE LTDA	NIT	900337484	

59.Ubicación

CR 18 N 28 63 MODELO	8822418	INGORIENTE.LTDA@GMAIL.COM	ARAUCA	SARAVENA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4019480457

6. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [X] 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 inscripción en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios y de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios y 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
- [X] 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 cierre 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
	2|1|0|4|2|0|2|6	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
[ ]	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: 0

[ ] **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

[ ] **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

[ ] **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

[ ] **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

[ ] **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

[ ] **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

[ ] **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

[ ] **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

[ ] **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:29:00 horas del 21/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002229827,** Apellidos y Nombres **ESCOBAR VASQUEZ EMMANUEL DE JESUS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Ingoriente SAS**, con NIT **900337484-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 21 de abril de 2026, a las 22:32:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002229827
Código de Verificación	1002229827260421223252

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294712338

PIB
22:33:46

Bogotá DC, 21 de abril 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) EMMANUEL DE JESUS ESCOBAR VASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002229827:

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 Lucía Tibocha Cortés
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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:32:00 PM horas del 21/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002229827**
Apellidos y Nombres: **ESCOBAR VASQUEZ EMMANUEL DE 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.

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

NUMERO 79.901.647

RINCON MARTINEZ
APELLIDOS

ALEXANDER
NOMBRES

Alexander Rincón
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1977

ICONONZO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

29-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500107-47145862-M-0079901647-20060331 05083 06089N 02 203740655

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901394388	0	MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 87 J 78 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3176357606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	9491937760	9491937760	E	2025/09/19	2025/09/19	BANCO DE BOGOTA	0	$5,232,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (14 Afiliados)																							$17,224,350	$2,754,600			$17,224,350	$687,800			$17,176,948	$686,000			$17,224,350		$1,104,400		$0	$0		$5,232,800
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$349,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$349,300
1	CC	52529476	CORREA ANDREA																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
Centro de Trabajo: OPERARIO (13 Afiliados)																							$15,800,850	$2,526,800			$15,800,850	$630,800			$15,753,448	$629,000			$15,800,850		$1,096,900		$0	$0		$4,883,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																							$15,800,850	$2,526,800			$15,800,850	$630,800			$15,753,448	$629,000			$15,800,850		$1,096,900		$0	$0		$4,883,500
2	CC	1026563851	ANDRADE JOHANY	X	X																23020 1	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF21	1	$48	$100	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$13,000
3	CC	1105870088	ARENAS EDNA										X								23030 1	1	$47,450	$5,700	EPS002	1	$47,450	$0	CCF21	1	$47,450	$0	14-11	1	$47,450	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$5,700
4	CC	1105870088	ARENAS EDNA																		23030 1	29	$1,376,050	$220,200	EPS002	29	$1,376,050	$55,100	CCF21	29	$1,376,050	$55,100	14-11	29	$1,376,050	6.960%	$95,800	29	$0	$0	Si	$426,200
5	CC	1103122616	BANQUET JOSE																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	CC	91131536	BANQUET JOSE																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	80267231	BARRERA JORGE	X																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
8	CC	80279668	CARDENAS RAFAEL	X																	23030 1	12	$569,400	$91,200	EPS017	12	$569,400	$22,800	CCF21	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	6.960%	$39,700	12	$0	$0	Si	$176,500
9	CC	1012350999	HERNANDEZ JEFFERSSON	X																	23030 1	21	$996,450	$159,500	EPS017	21	$996,450	$39,900	CCF21	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	6.960%	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
10	CC	79918532	MENDEZ LUIS																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
11	CC	1022929019	MONTIEL JOSE																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
12	CC	93207098	ORTIZ DIEGO																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
13	CC	1012349308	PINEDA JOHNNATAN																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	79901647	RINCON ALEXANDER																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
15	CC	1002721413	VEGA JONATHAN		X																23030 1	29	$1,376,050	$220,200	EPS041	29	$1,376,050	$55,100	CCF21	29	$1,376,050	$55,100	14-11	29	$1,376,050	6.960%	$95,800	29	$0	$0	Si	$426,200
Total			**Afiliados(14)**																				$17,224,350	$2,754,600			$17,224,350	$687,800			$17,176,948	$686,000			$17,224,350		$1,104,400		$0	$0		$5,232,800

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901394388	0	MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 87 J 78 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3176357606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	9491937760	9491937760	E	2025/09/19	2025/09/19	BANCO DE BOGOTA	0	$5,232,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				14	$2,754,600	$0	$0	$2,754,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$1,835,800	$0	$0	$1,835,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$463,200	$0	$0	$463,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$1,104,400	$0	$0	$1,104,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	14	$1,104,400	$0	$0	$1,104,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				14	$686,000	$0	$0	$686,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	14	$686,000	$0	$0	$686,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				14	$687,800	$0	$0	$687,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$64,600	$0	$0	$64,600
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$55,100	$0	$0	$55,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	6	$340,100	$0	$0	$340,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**14**	**$5,232,800**	**$0**	**$0**	**$5,232,800**

Medellín, 05 de Julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79901647	RINCON MARTINEZ ALEXANDER	28/05/2025		15134q23	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:C10229290192518630071

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 05/07/2025 08:21:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.62.72, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

29 MAY 2025

No. de Radicación

Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 29-05-2025

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de cotizante	3. Régimen	4. Cotizante dependiente	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de usuario	7. Número de folios
1. Afiliación: [ ] 2. Novedad: [X]	A. Dependiente: [X] B. Pensionado: [ ] C. Independiente: [ ] D. Servicio doméstico: [ ] E. Trabajador o afiliado adicional: [ ] F. Estudiante: [ ] G. Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes: [ ]	1. Contributivo: [X] 2. Subsidiado: [ ]	SI: [ ] NO: [X]	1. Cotizante: [X] 2. Cónyuge o compañero(a) permanente: [ ] 3. Padre o madre: [ ] 4. Beneficiario: [ ] 5. Afiliado adicional: [ ]	1. Autogestionario: [ ] 2. Pensionado: [ ]	01

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

8. Apellidos y nombres			
RINCON	MARTINEZ	ALEXANDER	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificado	13. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	79.901.647	Femenino: [ ] Masculino: [X]	F: [ ] M: [X] T: [ ] NB: [ ] Otro: [ ] Cuál?	

14. Nacionalidad	15. Lugar de nacimiento			
COLOMBIANO	Colombia	TOLIMA	ICONONZO	14-04-1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Ocupación	18. Discapacidad: SI [ ] NO [X] Categoría de discapacidad	

19. Nivel educativo: SI [ ] NO [X]	20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
			SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso Base de cotización - IBC	25. Tarifa (cotización total %)	26. Residencia
PORVENIR	$1.423.500		CRA 2 #60 C 22.

27. Teléfono	28. Correo electrónico	29. Zona: Cabecera municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Rural Ribereño [ ]
3114684658	alexr197714@hotmail.com	C/marcos

30. Primer apellido	31. Segundo apellido
CUBILLOS	SONCHA

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

32. Apellidos y nombres			

33. Tipo de documento de identidad	34. Número de documento de identidad	35. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	36. Sexo identificado: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

37. Nacionalidad	38. Lugar de nacimiento				39. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	40. Apellidos y nombres	41. Tipo de documento de identidad	42. No. de documento de identidad	43. Nacionalidad	44. Sexo biológico: Femenino / Masculino	45. Sexo identificado: F / M / T / NB / Otro / Cuál?	46. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	47. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios (solo del Beneficiario)

	48. Parentesco	49. Etnia	50. Ocupación	51. Grupo de población especial	52. Nivel educativo: SI / NO	53. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	54. Discapacidad: SI / NO / Categoría de discapacidad	55. Responsable permanente: SI / NO
01								
02								
03								
04								
05								

	56. Lugar de residencia: Departamento	Municipio (Distrito)	Categoría Municipal	Centro Poblado	Ribereño	Rural Disperso	Teléfono fijo y/o celular	57. Valor de la UPC del afiliado adicional (a trasladar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Unidad/Conjunto	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

FOR-EPS115-0001 V03

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner

12. Número de la Notificación Preventiva de Suspensión de Afiliado - NPS	14. Código de la EPS a la cual se traslada
C	1158

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

15. Nombre o razón social	16. Tipo de documento de identificación	17. Número de documento de identificación
MONTAJES ESTRUCTURALES INTEGRALES SAS		901.394.388-0
18. Tipo de aportante o pagador de pensiones la registran ante la EPS	19. Dirección	20. Teléfono
	CR 87 J 98-35 SUR	3176257606
	MONTAJESTRUCTURALESINTEGRALES1@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA / BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de novedad

- 1. Modificación de datos básicos de beneficiarios.
- 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 afiliación de cotizantes para novedad.

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Inscripción EPS nacional al pais.
12. Creación o una entidad autorizada para iniciar afiliaciones colectivas.
13. Determinación de una entidad autorizada para iniciar afiliaciones colectivas.
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Especial

15. Traslado: A. Interno Régimen / B. Desde un Régimen
16. Reporte de Mantenimiento del Concepto o Cónyuge de Familia.
17. Reporte del Estrato de protección al desempleo.
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
19. Reporte de la calidad de Pensionado.
20. Ingreso a Cotización Solidaria.
21. Retiro de Cotización Solidaria

VII. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

22. Datos básicos de identificación			
RINCON	MARTINEZ	ALEXANDER	

Tipo de documento de identidad	23. Número de documento de identidad	24. Sexo: Femenino / Masculino	25. Sexo identificado: F / M / I	26. Fecha de nacimiento: Día - Mes - Año	27. EPS anterior	28. Fecha de ingreso: Día - Mes - Año	29. Motivo de traslado	30. Tipo de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
CC	79901647	X	X	14-04-1977		28-05-2025		

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 31. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 32. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- 33. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 34. Declaración de no interrupción del concubinato, cónyuge de hecho, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 35. Autorizo (amos) para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 36. Autorizo (amos) para que la EPS reporte la información aquí registrada a las centrales de riesgo, de acuerdo con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 37. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como medio de pago.
- 38. Autorización de las condiciones para ingresar a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 39. Aceptación de la actualización del grupo familiar y sus cargas en Contribución Solidaria, según lo enunciado en el Artículo siguiente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

75. 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			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

X. FIRMAS

76. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario o cuenta aportante o afiliado adicional	77. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Alexander RINCÓN	Alexander Montiel Camacho

XI. ANEXOS

80. Anexo: copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: 2	87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
81. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	88. Documento en que conste la garantía de la cuota alimentaria, o de constitución de obligación de los padres o la declaración escrita del juez en tal sentido, sobre la ausencia de los dos padres.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	89. Copia de la solicitud de la traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que disuelve el divorcio, anulación, la sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y resolución judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	90. Certificación de inmovilidad en el predio emitido por la entidad competente para realizar afiliaciones colectivas.
86. Copia del certificado de adopción, o acta de entrega del menor.	91. Copia del acto administrativo o providencia de los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario y 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

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

94. Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Cargo del funcionario

96. Fecha de radicación Día - Mes - Año	97. Fecha de validación Día - Mes - Año

OBSERVACIONES

cc: 79901647

Aporte: 06 - 2025.

29 MAY 2025

Cra. 54 Diagonal Municipal Cundinamarca, Colombia
SUJETO A VERIFICACIÓN

FORMULARIO

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

Powered by CamScanner

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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: Correo electrónico: _____ NO: Me comprometo a consultar en www.compensarlsalud	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Alexander Rincon

No. Identificación: 79901647

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

29 MAY 2025

SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informado a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://compensar.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, radicación y asociación en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - misiónAR. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadísticos sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales se le transmitirá mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios, y respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, evaluar, dirigir, ejecutar, informar y demostrar en general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Me describo como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/transparencia/ o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

SI: _____ No: _____

Firma del afiliado: Alexander Rincon

No. Identificación: 79.901.647.

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

v002

#DIGITALIZA

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **RINCON MARTINEZ ALEXANDER, CC - 79901647**, está afiliado(a) desde **28/05/2025**, como trabajador(a) de **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**, con NIT: **9013943880**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **28/05/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	**-**	**-**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **28 de mayo de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Av. Cra. 68 No. 90-88 - Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000 - cafam.com.co - Bogotá, Colombia

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:

ALEXANDER RINCON MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.901.647**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo 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.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

ALEXANDER RINCON MARTINEZ

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 79901647

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 21/05/2025 HASTA EL DÍA 21/05/2025 DEL AÑO 2025 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

AFILIADO A LA ARL: SURA
RAZON SOCIAL: MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS
NIT: 901394388-0
REPRESENTANTE LEGAL: JOSE MONTIEL CC: 1022929019

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (21) DE (Mayo) DEL (2025) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

KENNETH BARRANCO
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O. Licencia S.O Resolucion 25-1159 de 28 de Diciembre de 2023

CEL. 3132546942
WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO
CARRERA 26F No 32-30 SUR

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS NIT: 901394388-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RINCON MARTINEZ ALEXANDER	Masculino	48 Años	CC (Tipo)	79901647 (Número)

Cargo **SOLDADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Alexander Rincon
Nombre: RINCON MARTINEZ ALEXANDER
CC 79901647

MONTAJES ESTRUCTURALES I.M.H S.A.S	**MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**
	NOTIFICACION Y RECOMENDACIONES EXAMEN OCUPACIONAL SG STT

FECHA: 19 DE MAYO DEL 2025

Señor (A): ALEXANDER RINCON MARTINEZ
No. Identificación: CC 79.901.647
Cargo: SOLDADOR
Fecha del Examen: 17/05/2025

Asunto: Notificación Y Recomendaciones Resultado Examen Médico Ocupacional

De acuerdo al Sistema de Gestión y Seguridad Laboral de la empresa **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS** dando cumplimiento a la normatividad laboral colombiana en tema de exámenes médicos ocupacionales solicitados de acuerdo al perfil del cargo.
Se realizan los Exámenes Médicos Ocupacionales, a SEÑOR (A) ALEXANDER RINCON MARTINEZ con cedula de ciudadanía 79.901.647 y de acuerdo al concepto emitido por el Medico Ocupacional, en las que se le hacen las siguientes recomendaciones médicas así:

1. Uso de Epp

Nos permitimos notificarle las recomendaciones Médicas Ocupacionales para que realice el proceso de prevención y promoción al igual que solicitar las citas médicas de acuerdo a la especialidad al cual remite el médico para garantizar el cuidado integral de su salud y bienestar de ella .

Agradezco su colaboración:



ALEXANDER RINCON
CC. 79.901.647

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:35:17 horas del 03/06/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79901647,** Apellidos y Nombres **RINCON MARTINEZ ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SECRETARIA DE EDUCACION**, con NIT **899999061-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:40:26 PM horas del 19/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79901647**
Apellidos y Nombres: **RINCON MARTINEZ ALEXANDER**

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

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

RECIBO
ACUERDO DE PAGO
ACUEDUCTO

NIT: 899.999.094-1

IMPRESO POR: AVIDEVA

Datos del Usuario

SALDAÑA LOPEZ GLADYS STELLA
KR 7 60C - 22

ESTRATO: 1	CLASE DE USO: Residenciales
UNID. HABIT. FAMILIAS: 001	UNID. NO HABITACIONAL:000

CUENTA CONTRATO	ZONA	CICLO	No. REFERENCIA
10992200	ZN05	10	01977199726
Para cancelaciones favor citar su número	RUTA 105322A		Para pagos vía Internet favor citar este No. de referencia

Datos Técnicos

TARIFA DE: Datos Medidor	VIGENCIA
MARCA	TIPO
NUMERO	DIAMETRO

Información Adicional

Nº DE CUOTAS PENDIENTES	0	
SALDO DEUDA FINANCIADA	$	0
SALDO INTERESES DE FINANCIACION	$	0
SALDO INTERESES DE MORA	$	0

FECHA GENERACION CUOTA	NOV/16/2022
FECHA LIMITE DE PAGO EN BANCOS	NOV/21/2022

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	VALOR
Cuota de Financiación	577.913
Intereses de Financiación	32.237
TOTAL A PAGAR FINANCIACION	**$610.150**

Para Pagos

Consulte las direcciones para pago llamando a la Acualinea

• BANCOS Y CORPORACIONES (TODAS LAS SUCURSALES)

COLPATRIA	POPULAR	CAJA SOCIAL
CITIBANK	SUDAMERIS	HELM BANK
CORBANCA	HSBC	BOGOTA
DAVIVIENDA	AV VILLAS	PICHINCHA

• CAJEROS AUTOMÁTICOS
• PUNTOS DE PAGO REDEBAN MULTICOLOR
• VIA INTERNET
• CADES

Visite los CADES, los centros de atención y consulte por internet

• Obtenga copia de su factura
• Presente sus solicitudes, quejas y reclamos

• Ingrese a nuestra páginaWeb: www.acueducto.com.co
• Digite el número de la cuenta contrato que aparece en su factura y haga click en la opción "Servicios en línea"

Informes, solicitudes, quejas y Reclamos
Acualinea 116

El Acueducto en linea para servir

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 14 de octubre de 2025, a las 20:12:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79901647
Código de Verificación	79901647251014201252

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. 282440795

PIB
20:10:57

Bogotá DC, 14 de octubre 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) ALEXANDER RINCON MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79901647:

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 jueves 09 de abril de 2026, a las 10:56:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79901647
Código de Verificación	79901647260409105623

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

79901647

¿ Cual es la Capital del Vallle del Cauca?

7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ALEXANDER RINCON MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79901647.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 10:55:48

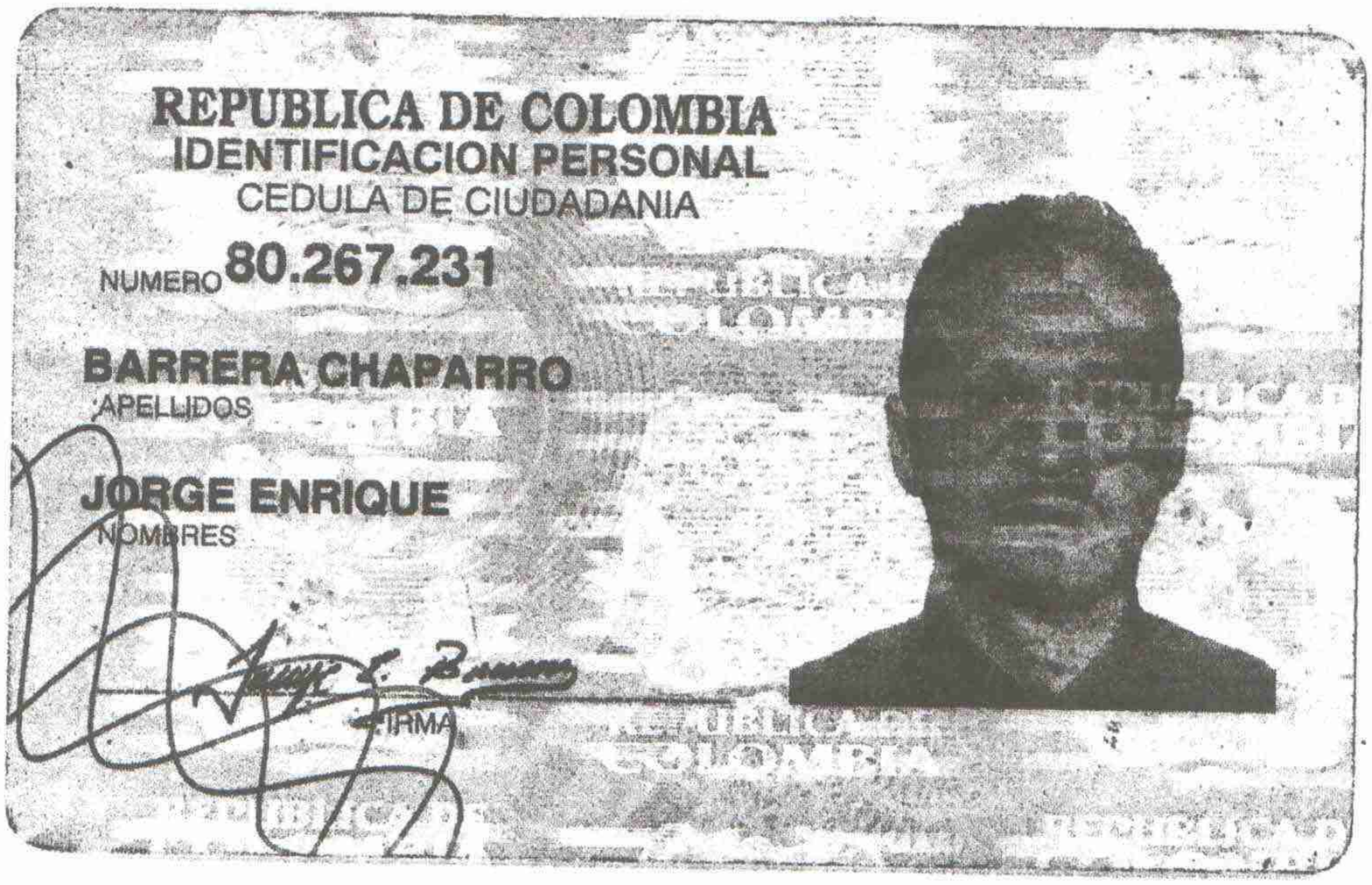
El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80.267.231
BARRERA CHAPARRO
APELLIDOS
JORGE ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA

INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
22-DIC-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-1500119-42117847-M-0080267231-20040723
03332 04205A 02 150170996

Kra 75A # 59A 57 SUR
B. LA ESTANCIA
TEL: 775 13 46
CEL: 320 404 89 87
EPS: FAMISANAR (CAFAM)
AFP: COLPENSIONES
ARP:

Medellín, 02 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80267231	BARRERA CHAPARRO JORGE ENRIQUE	01/08/2025		47138631	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:C10229290192521440250

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 02/08/2025 11:10:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.62.72, 198.143.41.34, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 0 5 0 8 2 0 2 5

790929664

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliado: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia: X — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectivo — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo — 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 apliquen y afiliado adicional)

9. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BARRERA	CHAPARRO	JORGE	ENRIQUE

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	80267231	Femenino: — Masculino: X	F: — M: X — T: — NB: — Otro:		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	11 08 1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI — No — Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN: SI — No	20. Clasificación SISBÉN: Nivel — Puntaje	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.423.500	

26. Residencia — Dirección: CRA 75 A 59 A 57 SUR — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3204048987	JORENRBARCHA311964@OUTLOOK.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal: X — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	BOSA	

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: Femenino — Masculino	31. Sexo identificación: F — M — T — NB — Otro — Cuál	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio	42. Fecha de nacimiento
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI — No	48. Clasificación SISBÉN: Nivel — Puntaje	49. Discapacidad: SI — No — Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI — No
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a cargo del cotizante
01					
02					
03					
04					
05					

	Parentesco	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

03. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		04. Código de la IPS (si registra ante la EPS)
C	EPS SANITAS CENTRO MEDICO PLAZA DE LAS AMERICAS	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

05. Nombre o razón social	06. Tipo documento de identificación	07. Número del documento de identificación	08. Tipo de aportante (a pagador no Pensionado no registrado por la EPS)
MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS	NIT	901394388	

09. Ubicación: Dirección	Teléfono fijo o Celular
CR 87 J 78 35 SUR	3176357606

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
MONTAJESTRUCTURALESIMH@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

10. 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 traslado de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Continuación Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Continuación Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN NOVEDAD DE LA NOVEDAD

11. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	12. Sexo biológico: Femenino / Masculino	13. Sexo (identificación): F / M / I / NR / Otro / Cuál	14. Fecha de nacimiento

15. EPS anterior	16. Fecha de novedad	17. Motivo de traslado	18. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	01082025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. 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 acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no inscripción 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 consulte 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 adicional que por sus funciones lo requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo consagrado 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 mensaje de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para acceder a la Continuación Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las bajas en Continuación Solidaria, según la establecida en el Decreto vigente.

VIII. CONTINUACIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jorge Enrique Barrera	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / NC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial, 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 del traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 6 del artículo 2.1.7.2 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 y se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL QUE REALIZA LA AFILIACIÓN COLECTIVA

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	001	Código del departamento	11	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL QUE REALIZA LA AFILIACIÓN COLECTIVA O DE BODEGA (Si aplica)

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
			05082025	

OBSERVACIONES:

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

Cód. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Digitar posteriormente
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 05-08-2025	

EPS Sanitas

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

Nombre del Afiliado: JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO

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

Jorge Enrique Barrera

Firma del Afiliado: JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO
Documento de Identidad: 80267231

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

JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuara 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 3756000 o fuera de Bogotá en el 018000918100, 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 5521 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 10 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la adquisición 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, peticion, 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 esta mía o ya habiendo autorizado mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado 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: Jorge Enrique Barrera

Nombre: JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO

Identificación: 80267231

Fecha: 05-08-2025

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80267231,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2007** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de agosto de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

TSA - 31166

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

JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80267231

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 02 agosto 2025, se expide en Bogotá el 02 agosto 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

OMAR DAVID LOAIZA ALVARAN
RES No. 72944 12/10/2016

EMPRESA: MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS
REP. JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO
NIT: 901394388
ARL: SURA

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 31-jul.-2025 **HORA** 08:32:24
EMPRESA Montajes Estructurales Imh Sas Nit 901.394.388-0
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Jorge Enrique Barrera Chaparro
Edad 60 años 11 meses 24 dias
Documento de Identificación: CC Número: 80267231
Cargo SOLDADOR

APTO PARA LABORES ASIGNADAS Y TRABAJOS EN ALTURAS.

Aptitud Especifica:
☑ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Remisión: ORL - EPS.
Uso doble protección auditiva- Ingresar PVER.

Optometría
Vision Lejana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL* TRIGLICERIDOS: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. Puede continuar con sus labores asignadas. // 2. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana)
3. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.
4. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 5. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 6. Se recomienda realización de entrenamiento y capacitación de trabajo seguro en alturas de acuerdo a resolución 4272 del 2021.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISIÓN A EPS?: SI. *Valoración con otorrinolaringología.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certfica que no omitó ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y flamiliares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la inflormación expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma		Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Jorge Enrique Barrera Chaparro	
RM.	LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:	CC N°	80267231	

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:01:50 horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80267231,** Apellidos y Nombres **BARRERA CHAPARRO JORGE ENRIQUE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SECRETARIA DE EDUCACION** , con NIT **899999061-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

$77.845 + $52.345 = $130.190

PAGO OPORTUNO
28 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN
30 AGO/2023

ENERGÍA

1109710-9

15 SEP/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL $76.913

Otros cobros y servicios a nombre de Enel Colombia

CONSUMO SUJETO DE RESPALDO SOBRE $1.013
SALDO CONSUMO NO SUBSIDIADO DIFERIDO CON $674
CONSUMO NO SUBSIDIADO DIFERIDO $998
INTERES CONSUMO NO SUBSIDIADO DIFERIDO $0
INTERES POR MORA $44
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO) $-2
SUBTOTAL $77.845

1 TOTAL ENEL $77.845

Otros cobros de productos y servicios

SALDO ANTERIOR OTROS PRODUCTOS $52.345

- Cato con solicitud
- Copia CC propietaria

2 TOTAL OTROS $52,345

DETALLE PRODUCTOS Y SERVICIOS

LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MORA ES DE 41.10% E.A.

Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia

PRODUCTO: Enel X

	PRODUCTO DE	PRODUCTO ADQUIRIDO	VALOR A PAGAR
CEDULA CLIENTE 1044437867	Enel X	SALDO ANTERIOR PENDIENTE POR CANCELAR	$52.345
		PAGO MINIMO MES	$52.345

PAGO TOTAL PRODUCTOS MES $52.345

PAGO OPORTUNO
28 AGO/2023

TOTAL A PAGAR
$130,190

NÚMERO DE CLIENTE
1109710-9

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:06:10 PM horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80237231**
Apellidos y Nombres: **MORENO SANDOVAL FREDDY ISRAEL**

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

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 jueves 09 de abril de 2026, a las 10:58:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80267231
Código de Verificación	80267231260409105807

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de c

Número Identificación: 80267231

¿Escriba los dos ultimos digitos del documento a consultar? 9

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JORGE ENRIQUE BARRERA CHAPARRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 80267231.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 10:57:38

OTRAS ENTIDADES

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808
Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos:
Sede Electrónica

Correo de notificaciones judiciales:
Notificaciones Judiciales

Twitter

Instagram

Facebook

Mapa del sitio Políticas de protección de datos Políticas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.929.019**

MONTIEL CAMACHO

APELLIDOS

JOSE ALEXANDER

NOMBRES

A Montiel Camacho

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1986**

ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-NOV-2004 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00407355-M-1022929019-20121025 0031480703A 1 1152031893

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014842791	3|1|0|5|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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MONTIEL	CAMACHO	JOSE	ALEXANDER

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1022929019	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			2|1|1|0|1|9|8|6

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
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 87 J N 78 50 SUR		3176357606	JOSEMONTIEL@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
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)
MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS	NIT	901394388	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 48 A SUR NO 0 28 ESTE	317635760	MONTAJESTRUCTURALES@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014842791

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
	2|8|0|5|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS



80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 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.

Medellín, 27 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022929019	MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER	28/05/2025		P2150471	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 27/05/2025 22:21:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.227.167, 198.143.37.64, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.929.019**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo del 2025.

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER, CC - 1022929019**, está afiliado(a) desde **28/05/2025**, como trabajador(a) de **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**, con NIT: **9013943880**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **28/05/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
MIGUEL ANGEL MONTIEL TELLEZ	1011240501	Hijo
LIAM JOSE MONTIEL TELLEZ	1011260034	Hijo

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **28 de mayo de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,



Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS NIT: 901394388-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER	Masculino	38 Años	CC (Tipo)	1022929019 (Número)

Cargo **SOLDADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma: Gabriel A. Carrillo F.

Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO

R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: A Montiel Camacho

Nombre: MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER

CC 1022929019

MONTAJES ESTRUCTURALES I.M.H S.A.S	**MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**
	NOTIFICACION Y RECOMENDACIONES EXAMEN OCUPACIONAL SG STT

FECHA: 19 DE MAYO DEL 2025

Señor (A): JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO
No. Identificación: CC 1.022.929.019
Cargo: SOLDADOR
Fecha del Examen: 17/05/2025

Asunto: Notificación Y Recomendaciones Resultado Examen Médico Ocupacional

De acuerdo al Sistema de Gestión y Seguridad Laboral de la empresa **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS** dando cumplimiento a la normatividad laboral colombiana en tema de exámenes médicos ocupacionales solicitados de acuerdo al perfil del cargo.
Se realizan los Exámenes Médicos Ocupacionales, a SEÑOR (A) JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO con cedula de ciudadanía 1.022.929.019 y de acuerdo al concepto emitido por el Medico Ocupacional, en las que se le hacen las siguientes recomendaciones médicas así:

1. Uso de Epp

Nos permitimos notificarle las recomendaciones Médicas Ocupacionales para que realice el proceso de prevención y promoción al igual que solicitar las citas médicas de acuerdo a la especialidad al cual remite el médico para garantizar el cuidado integral de su salud y bienestar de ella .

Agradezco su colaboración:



JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO
CC. 1.022.929.019

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1022929019

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 21/05/2025 HASTA EL DÍA 21/05/2025 DEL AÑO 2025 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

AFILIADO A LA ARL: SURA
RAZON SOCIAL: MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS
NIT: 901394388-0
REPRESENTANTE LEGAL: JOSE MONTIEL CC: 1022929019

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (21) DE (Mayo) DEL (2025) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

KENNETH BARRANCO
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O. Licencia S.O Resolucion 25-1159 de 28 de Diciembre de 2023

CEL. 3132546942
WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO
CARRERA 26F No 32-30 SUR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:15:12 PM horas del 14/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022929019**
Apellidos y Nombres: **MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER**

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:20:00 horas del 03/06/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1022929019,** Apellidos y Nombres **MONTIEL CAMACHO JOSE ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SECRETARIA DE EDUCACION**, con NIT **899999064-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0291480-7

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 688951755-4

CLIENTE

30133

JAIME NUNEZ
KR 13 D NO 19 SUR - 24
CONT.14-21SOACHA
SOACHA
SOACHA

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $690.85

CONSUMO DIARIO: 1.0 kWh

VALOR DIARIO: $368

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 44 kWh

PERIÓDO FACTURADO: 29 JUN/2022 A 29 JUL/2022

DIÁS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 32 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 1 03 108 0747
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 1 03 108 0765
CARGA kW:	1	MANZANA DE LECTURA:	MSSO060512
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	1057259
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

Radicaciones en: clientescolombia@enel.com

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

Enel Colombia

@EnelClientesCO

EMERGENCIAS 115

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

DENUNCIAS 601 5 864 864 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: JUN/2022
G:216.26 T: 49.52 D: 234.32 CV: 59.54 PR: 46.20 R: 54.86 CF: 0.00 / **$660.72 Costo kWh Mes**

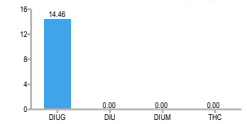
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 690.85 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero de 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1999
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 9061 de 10 de diciembre de 2020.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 de 1994. En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Codigo de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

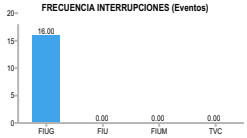
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 AGO2022

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CD: 10202TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2022 Dt: 202.41 CF: 19 MC: 0 MF: 1 %t: 14

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Cuando salgas de viaje recuerda desconectar tus electrodomésticos para reducir el consumo de energía.

¿QUÉ HACER CUANDO NECESITES REALIZAR UNA CONEXIÓN ELÉCTRICA SIMPLE?

1. Envía los documentos a través de nuestros canales de atención:
WhatsApp Enel 316 8906003
Mail: clientescolombia@enel.com
Chat servicio
Centros de Servicio

2. Un asesor Enel te llamará y coordinará contigo la **ejecución de la visita virtual** para evaluar cumplimiento **RETIE** de la instalación.

3. Si la visita virtual fue conforme, **se agendará tu visita de conexión.**

Para obtener más información sobre la visita virtual, visita www.enel.com.co/es/nuevas-conexiones/visita-virtual

¿Cómo pagar tu factura?

APP Banco · Internet · Punto Pago Redeban · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital · **Centros de Servicio** · **Código QR**

Almacenes de Cadena

**Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín. Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

ACUERDO 3098 RECLAMOS IMPTO A.P.TEL 5765880 SOCIUZ KR 6 # 18-35 SOACHA
GRUPO:1 CIRCUITO: MU23-102027R1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACION:
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Publicos Domiciliarios.
Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, exija el desprendible que emite el datafono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es soporte valido en caso de reclamo.

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 jueves 09 de abril de 2026, a las 10:55:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1022929019
Código de Verificación	1022929019260409105500

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

1022929019

¿ Cuanto es 6 + 2 ?

102

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JOSE ALEXANDER MONTIEL CAMACHO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1022929019.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 10:54:11

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.918.532**

MENDEZ ZAMBRANO

APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500117-42136204-M-0079918532-20050929 **02005** 05272A 02 180499141

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014842807	3|1|0|5|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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENDEZ	ZAMBRANO	LUIS	ALEJANDRO

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	79918532	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			1|4|0|6|1|9|8|0

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
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 45 B 69 68 SUR	7724	3219054070	YEIMY0306@HOTMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
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)
MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS	NIT	901394388	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 48 A SUR NO 0 28 ESTE	317635760	MONTAJESTRUCTURALES@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4014842807

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
	2|8|0|5|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

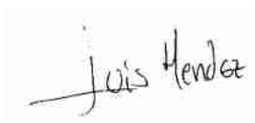
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBRANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.918.532**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Marzo del 2025.

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.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO, CC - 79918532**, está afiliado(a) desde **28/05/2025**, como trabajador(a) de **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**, con NIT: **9013943880**.

Estado civil: **Casado**
Cónyuge/Compañero(a): **YEIMY ANDREA LEON ZIPAQUIRA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **28/05/2025**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
JULIAN TOMAS MENDEZ LEON	**1031808524**	**Hijo**
ANGEL NICOLLE MENDEZ LEON	**1013689017**	**Hijo**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **28 de mayo de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

Medellín, 27 de Mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79918532	MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO	28/05/2025		20215942	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:C10229290192514772923

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 27/05/2025 20:15:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.233.201, 198.143.37.16, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS NIT: 901394388-0

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO	Masculino	44 Años	CC (Tipo)	79918532 (Número)

Cargo **ARMADOR SOLDADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO
CC 79918532

MONTAJES ESTRUCTURALES I.M.H S.A.S	**MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**
	NOTIFICACION Y RECOMENDACIONES EXAMEN OCUPACIONAL SG STT

FECHA: 19 DE MAYO DEL 2025

Señor (A): LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBRANO
No. Identificación: CC 79.918.532
Cargo: SOLDADOR
Fecha del Examen: 20/05/2025

Asunto: Notificación Y Recomendaciones Resultado Examen Médico Ocupacional

De acuerdo al Sistema de Gestión y Seguridad Laboral de la empresa **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS** dando cumplimiento a la normatividad laboral colombiana en tema de exámenes médicos ocupacionales solicitados de acuerdo al perfil del cargo.
Se realizan los Exámenes Médicos Ocupacionales, a SEÑOR (A) LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBRANO con cedula de ciudadanía 79.918.532 y de acuerdo al concepto emitido por el Medico Ocupacional, en las que se le hacen las siguientes recomendaciones médicas así:

1. Uso de Epp

Nos permitimos notificarle las recomendaciones Médicas Ocupacionales para que realice el proceso de prevención y promoción al igual que solicitar las citas médicas de acuerdo a la especialidad al cual remite el médico para garantizar el cuidado integral de su salud y bienestar de ella .

Agradezco su colaboración:



LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBRANO
CC. 79.918.532

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ESCUELA DE CAPACITACIÓN EN ALTURAS S.A.S.

NIT. 901658335-5 - Licencia SST. 852 DE 30/01/2023

Aprobación del ministerio 08SE2023220000000037453 - NTC 6072: 2014, Código de acreditación de CELAC 18-CPR-002, Código de certificación 30,469-1

En cumplimiento de la Resolución 4272 del Ministerio de Trabajo

OTORGA A

LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBANO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 79918532

AFILIADO A LA ARL: SURA
RAZON SOCIAL: MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS
NIT: 901394388-0
REPRESENTANTE LEGAL: JOSE MONTIEL CC: 1022929019

QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL (REENTRENAMIENTO)

REALIZADO DESDE EL DÍA 21/05/25 HASTA EL DÍA 21/05/25 DEL AÑO 25 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE EL (21) DE (Mayo) DEL (25) EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

SAMIR BARRANCO
REPRESENTANTE LEGAL ECA S.A.S

KENNETH BARRANCO
ENTRENADOR T.A.
Licencia S.O. Licencia S.O Resolucion 25-1159 de 28 de Diciembre de 2023

CEL. 3132546942
WWW.ESCUELADEALTURAS.COM.CO
CARRERA 26F No 32-30 SUR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:05:27 PM horas del 14/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79918532**
Apellidos y Nombres: **MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO**

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

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

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

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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:37:26 horas del 14/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79918532,** Apellidos y Nombres **MENDEZ ZAMBRANO LUIS ALEJANDRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **MONTAJES ESTRUCTURALES IMH SAS**, con NIT **901394388-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 jueves 09 de abril de 2026, a las 10:53:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79918532
Código de Verificación	79918532260409105334

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

79918532

¿ Cuanto es 2 X 3 ?

5

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LUIS ALEJANDRO MENDEZ ZAMBRANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79918532.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 10:51:14

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.875.820
CASALLAS CLAVIJO
HECTOR ALPONSO
FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
29-NOV-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 22-jul.-2025 **HORA** 07:44:06
EMPRESA TECNICOSTRUEDEPORTIVA S.A.S. NIT 900.943.725-2
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Hector Alfonso Casallas Clavijo
Edad: 40 años 6 meses 26 días
Documento de Identificación: CC Número: 80875620
Cargo: OFICIAL

APTO PARA LABORES ASIGNADAS

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Remisión EPS: NO. Recomendaciones: Uso de protección auditiva (EPP).

Optometría
Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual que corrige correctamente con uso de lentes. Debe usar lentes para su labor, control optométrico anual.
Vision Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual que corrige correctamente con uso de lentes. Debe usar lentes para su labor, control optométrico anual.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana) // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de receses saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Este concepto no tiene alcance para aptitud en trabajo en alturas. 6. *Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados. //7. Disminución en la ingesta de alimentos altos en sodios. //8. Realizar diariamente automedida de la presión arterial (AMPA), una toma al levantarse y una toma antes de acostarse durante 2 semanas.
MÉDICO: Normal OSTEOMUSCULAR: Normal
Remisión a EPS: SI. *Valoración con medicina general en su entidad de salud por cifras tensionales elevadas. *Valoración con medicina general y nutrición por su entidad de salud para manejo de exceso de peso.
CONSENTIMIENTO: Autoriza a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante 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"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico	LIC SST N°1508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	**Trabajador**	
Firma		Firma	Hector A Casallas C.
Nombre	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre	Hector Alfonso Casallas Clavijo
RM	LIC SST#3508 de 19-0 Lic SO	CC N°	80875620



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 jueves 09 de abril de 2026, a las 11:25:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80875620
Código de Verificación	80875620260409112521

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

80875620

¿Cual es el primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado?

6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) HECTOR ALFONSO CASALLAS CLAVIJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 80875620.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 11:24:48

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:27:45 horas del 09/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80875620,**
Apellidos y Nombres **CASALLAS CLAVIJO HECTOR ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:26:21 AM horas del 09/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80875620**
Apellidos y Nombres: **CASALLAS CLAVIJO HECTOR ALFONSO**

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
92.696.882
NUMERO
ACEVEDO OSORIO
APELLIDOS
LACIDES MANUEL
NOMBRES


05-DIC-1986
SAN BENITO ABAD
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
17-FEB-1985 SAN BENITO ABAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

Nit. 830.136.922-5
LIC 687 Res 14410 de 26-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 22-jul.-2025 **HORA** 06:26:26
EMPRESA TECNICOSTRUEDEPORTIVA S.A.S. NIT.900.943.725-2
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Lacides Manuel Acevedo Osorio
Edad: 58 años 7 meses 17 días
Documento de Identificación: CC Número: 92698882
Cargo: OFICIAL

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Recomendaciones: Uso de protección auditiva (EPP).

Optometria
Vision Lejana: Emetrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana) // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Este concepto no tiene alcance para aptitud en trabajo en alturas. 6. Debe usar sus lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana y/o cercana.
MÉDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.
Remisión a EPS: NO
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudieran influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

LIC SST N°3508 19-07-22
Reg Med N° 72173322

Firma
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM: LIC SST#3508 de 19-0 Lic SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Lacides Manuel Acevedo Osorio
CC N°: 92698882



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 jueves 09 de abril de 2026, a las 11:29:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	92698882
Código de Verificación	92698882260409112914

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

92698882

¿ Cuanto es 6 + 2 ?

LACIDES

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LACIDES MANUEL ACEVEDO OSORIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 92698882.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, abril 09, 2026 - Hora de consulta: 11:28:43

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:30:45 horas del 09/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **92698882,**
Apellidos y Nombres **ACEVEDO OSORIO LACIDES MANUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO 25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:29:58 AM horas del 09/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **92698882**
Apellidos y Nombres: **ACEVEDO OSORIO LACIDES MANUEL**

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.

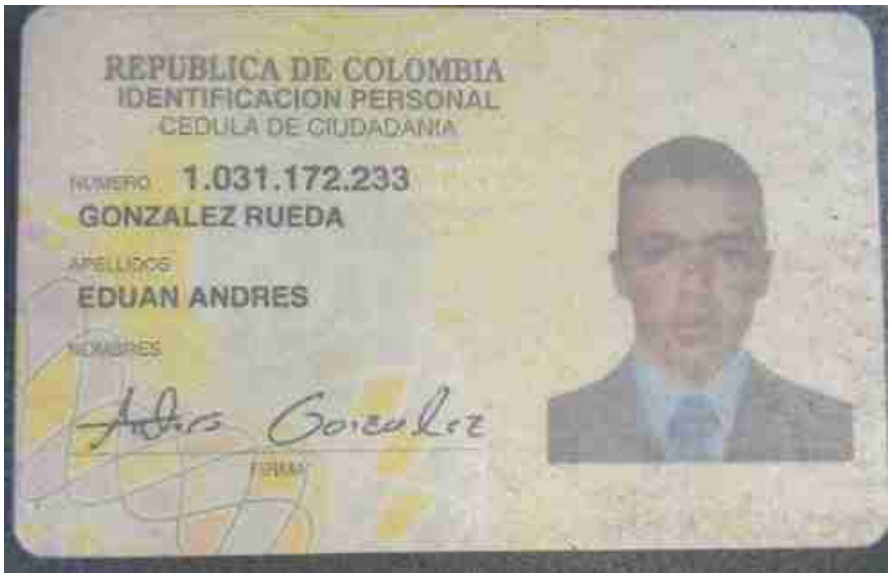
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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
NUMERO 1.031.172.233
GONZALEZ RUEDA
APELLIDOS
EDUAN ANDRES
NOMBRES
FIRMA


30-SEP-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
B+
M
ESTATURA
SEXO
05-NOV-2015 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TRE-D INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS NIT:90134321-8

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES	Masculino	28 Años	CC (Tipo)	1031172233 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACI"N EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE PVE DE LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO



Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES
CC 1031172233

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73283514	09/04/2026	14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$18,900,954	$5.815.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	340.500	0		0		0	1	300	0	340.800	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	280.000	0		0		0	1	200	0	280.200	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	147.000	0		0		0	1	100	0	147.100	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	126.200	0		0		0	1	100	0	126.300	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	11.800	0		0		0	1	100	0	11.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.269.600	0	0	0	0	1	900	0	1.270.500	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.745.800	0	0	0	0	1	1.200	0	1.747.000	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	9.400	0	0	0	0	1	100	0	9.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.194.100				1.194.100	1	900	1.195.000			11.941	1.195.000	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	686.600	1	500	687.100	14

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	1
ICBF				
0	1	0	0	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	905.500	906.300
Pensión	3	3.024.800	3.027.000
Riesgos Laborales	1	1.194.100	1.195.000
CCF	1	686.600	687.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	5.811.000	5.815.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73283514	09/04/2026	14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$18,900,954	$5.815.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1002388663	PAYARES DURANTE JOSE JOAQUIN	1	0			S	X	X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
2	CC 1003202189	GRANADOS ARDILA JUAN DIEGO	1	0			S	X																230301	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS041	1.575.815	27	63.100	14-11	1.575.815	27	5	109.700	CCF24	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
3	CC 1010113110	ROJAS BARRETO HEYLLER DANIEL	1	0			N															30		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	5	0	CCF24	1.750.905	30	0	0	0	0	0	0
4	CC 1015435289	MARTINEZ GONZALEZ FABIAN ALBERTO	1	0			S																	230201	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
5	CC 1018513577	VERGARA ALFONSO NICOLAS SANTIAGO	1	0			S	X																230301	1.213.334	13	194.200	0	0	0	0	EPS017	1.213.334	13	48.600	14-11	1.213.334	13	5	84.500	CCF24	1.213.334	13	48.600	0	0	0	0	0
6	CC 1023925956	GARZON ROJAS ARNOL STIVEN	1	0			S																	230201	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
7	CC 1031172233	GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1065203941	CALDERON ARAQUE JORGE LUIS	1	0			S	X																230301	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS041	1.575.815	27	63.100	14-11	1.575.815	27	5	109.700	CCF24	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
9	CC 1087818337	BECERRA QUIÑONES JHON FREDY	1	0			S	X	X															230201	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
10	CC 1092387244	CACERES ROJAS NICOL SARAY	1	0			S	X																230201	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPSC34	233.454	4	9.400	14-11	233.454	4	5	16.300	CCF24	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
11	CC 1122507134	MANCERA PARDO SHAROTM CAMILA	1	0			S																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS017	2.400.000	30	96.000	14-11	2.400.000	30	5	167.100	CCF24	2.400.000	30	96.000	0	0	0	0	0
12	CC 1123142836	PINILLA VELEZ FABIAN ANDRES	1	0			S	X																25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPSC34	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
13	CC 80852053	BARRETO HERNANDEZ HELVER	1	0			S		X															230201	641.999	11	102.800	0	0	0	0	EPS002	641.999	11	25.700	14-11	641.999	11	5	44.700	CCF24	641.999	11	25.700	0	0	0	0	0
14	CC 9102491	SANTOS GARCIA LEONARDO RAFAEL	1	0			S	X																230301	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS002	583.635	10	23.400	14-11	583.635	10	5	40.700	CCF24	583.635	10	23.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289166910

PIB
16:22:26

Bogotá DC, 19 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) EDUAN ANDRES GONZALEZ RUEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031172233:

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:18:14 PM horas del 10/01/2020, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía N° **1031172233**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES**

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

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y sólo 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.

Volver al inicio

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 19 de enero de 2026, a las 16:25:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1031172233
Código de Verificación	1031172233260119162515

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:52:35 horas del 14/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1031172233,** Apellidos y Nombres **GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **consorcioeducativo25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.005.675.745**

NORIEGA CASTRO

APELLIDOS

DEVINSON ALBERTO

NOMBRES

DEIVISON NORIEGA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1993**

SAN MARCOS
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

06-JUL-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00315539-M-1005675745-20110719 0027482984A 1 38836612

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901188873-9 - ALUVID INSTALACIONES SAS

Paciente	DEVINSON ALBERTO NORIEGA CASTRO	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1005675745	Fecha	6 abril 2026
Edad	33 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Soltero(a)	Nivel de Estudio	Bachiller
Dirección	CARRERA 140C # 131-10	Ocupación	INSTALADOR
Sector Economico	CDIPS	EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR	ARL	SURA

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: 6 abril 2026

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, PROTECCION 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.

DEVINSON ALBERTO NORIEGA CASTRO

CC: 1005675745
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Medellín, 07 de Abril 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 ALUVID INSTALACIONES S.A.S., en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, 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
C1005675745	NORIEGA CASTRO DEVINSON ALBERTO	07/04/2026		220py214	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:C10191455192609752201

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 07/04/2026 14:30:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.60.126, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016608465	0|7|0|4|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

NORIEGA	CASTRO	DEVINSON	ALBERTO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1005675745	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1750905	

26.Residencia

CL 22 CR 24 D 75		3013990901	DEVINSONNORIEGA2@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**

SUCRE	SAN MARCOS	170	zona
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**	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		IPS SALUD INTEGRAL SUCRE SAS SAN MARCOS - IPS SALUD INTEGRAL SUCRE SAS SAN MARCOS	HSNMARCOS - HSNMARCOS
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)
ALUVID INSTALACIONES SAS	NIT	901188873	

59.Ubicación

CR 140C 132 06 OESTE	3123199616	INSTALUVID@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4016608465

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|4|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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:

DEVINSON ALBERTO NORIEGA CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.675.745**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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 07 de abril de 2026, a las 14:35:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005675745
Código de Verificación	1005675745260407143501

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 02:36:44 PM horas del 07/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1005675745**
Apellidos y Nombres: **NORIEGA CASTRO DEVINSON ALBERTO**

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.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293929915

PIB
14:37:43

Bogotá DC, 07 de abril 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) DEVINSON ALBERTO NORIEGA CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005675745:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:09:23 horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005675745,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO EDUCATIVO 25**, con NIT **901973696-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.599.583
SALINAS ACOSTA
APELLIDOS
JOSE ORLANDO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G. S. RH
M SEXO
31-JUL-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1025000-00209709-M-0079599583-20101009 0025147340A 1 3620541

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79599683
NOMBRES	JOSE ORLANDO
APELLIDOS	SALINAS ACOSTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOPO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	20/02/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/17/2026 11:35:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CER_AFI_2026026548656

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOSE ORLANDO SALINAS ACOSTA identificado con CC. 79599683 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	BOSQUE ANDINO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901047610

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/05/07	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5813001

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17042026N79599683A17260484.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294509418

PIB
12:39:22

Bogotá DC, 17 de abril 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 ORLANDO SALINAS ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79599683:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:53:42 PM horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79599683**
Apellidos y Nombres: **SALINAS ACOSTA JOSE ORLANDO**

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.

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 17 de abril de 2026, a las 13:00:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79599683
Código de Verificación	79599683260417130008

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:11:53 horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79599683,**
Apellidos y Nombres **SALINAS ACOSTA JOSE ORLANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **bosque andino sas** , con NIT **901047610-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
8157065
Pedro Chiquillo


05-ENE-1981
NECOCLI
ANTIOQUIA
1.68
A+
M
05-ENE-2000 NECOCLI

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	8167095
NOMBRES	PEDRO ANTONIO
APELLIDOS	CHIQUILLO CARABALLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOPO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/17/2026 12:17:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CER_AFI_2026026548956

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

PEDRO ANTONIO CHIQUILLO CARABALLO identificado con CC. 8167095 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	BOSQUE ANDINO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901047610

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/10/24	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5813001

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC17042026N8167095A17260785.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHIQUILLO CARABALLO PEDRO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **8.167.095** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de junio de 2005 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 17 de abril 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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294509772

PIB
12:44:26

Bogotá DC, 17 de abril 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) PEDRO ANTONIO CHIQUILLO CARABALLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 8167095:

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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de abril de 2026, a las 13:01:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8167095
Código de Verificación	8167095260417130157

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 12:57:30 PM horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **8167095**
Apellidos y Nombres: **CHIQUILLO CARABALLO PEDRO ANTONIO**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:25:21 horas del 17/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **8167095,** Apellidos y Nombres **CHIQUILLO CARABALLO PEDRO ANTONIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **bosque andino sas** , con NIT **901047610-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

ANEXO 5

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901129329	1	C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CLL 134 # 156A -16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9365876	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	218165967	9502996608	E	2026/04/10	2026/04/13	BANCOLOMBIA		$2,288,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SEDE PRINCIPAL (5 Afiliados)																								**$6,361,622**	**$1,018,100**			**$8,112,527**	**$324,800**			**$8,112,527**	**$324,800**			**$8,112,527**		**$564,800**		**$0**	**$0**		**$2,232,500**
Centro de Trabajo: MANTENIMIENTOS SED 2026 (2 Afiliados)																								**$2,859,812**	**$457,700**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**		**$199,100**		**$0**	**$0**		**$885,800**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																								**$2,859,812**	**$457,700**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**	**$114,500**			**$2,859,812**		**$199,100**		**$0**	**$0**		**$885,800**
1	CC	79478249	GONZALEZ NIÑO ALEXANDER	X																		230301	19	$1,108,907	$177,500	EPS002	19	$1,108,907	$44,400	CCF21	19	$1,108,907	$44,400	14-11	19	$1,108,907	6.960%	$77,200	19	$0	$0	Si	$343,500
2	CC	1019037328	HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)																								**$1,750,905**	**$280,200**			**$3,501,810**	**$140,200**			**$3,501,810**	**$140,200**			**$3,501,810**		**$243,800**		**$0**	**$0**		**$804,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																								**$1,750,905**	**$280,200**			**$3,501,810**	**$140,200**			**$3,501,810**	**$140,200**			**$3,501,810**		**$243,800**		**$0**	**$0**		**$804,400**
3	CC	79263057	CASTRO CARO CARLOS HUMBERTO																				0	$0	$0	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$262,100
4	CC	1019042897	CASTRO SANCHEZ CRISTHIAN CAMILO																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL BOGOTÁ (1 Afiliados)																								**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$70,100**			**$1,750,905**	**$70,100**			**$1,750,905**		**$121,900**		**$0**	**$0**		**$542,300**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																								**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$70,100**			**$1,750,905**	**$70,100**			**$1,750,905**		**$121,900**		**$0**	**$0**		**$542,300**
5	CC	1018478113	LOPEZ JURADO LENCY MARCELA																			230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$70,100	CCF21	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total			**Afiliados(5)**																					$6,361,622	$1,018,100			$8,112,527	$324,800			$8,112,527	$324,800			$8,112,527		$564,800		$0	$0		$2,232,500

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO					
RIESGO	**CODIGO**	**NIT**	**DV**	**AFILIADOS**	**VALOR LIQUIDADO**
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$1,018,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,018,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$564,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$564,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$324,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	5	$324,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$324,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$210,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$70,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$44,400
TOTAL				**5**	**$2,232,500**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901766945-0	ORNAMENTACION LYM SAS	Carrera 24 No 61 d 24	601560001	ornamentacionlyw@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80216535	05/05/2026	3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$1,575,816	$488.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	58.400	0		0		0	0	0	0	58.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	2.400	0		0		0	0	0	0	2.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	9.400	0	0	0	0	0	0		9.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	242.900	0	0	0	0	0	0		242.900	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	109.800				109.800	0	0	109.800			1.098	109.800	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	63.200	0	0	63.200	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	63.200	63.200
Pensión	2	252.300	252.300
Riesgos Laborales	1	109.800	109.800
CCF	1	63.200	63.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	488.500	488.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901766945-0	ORNAMENTACION LYM SAS	Carrera 24 No 61 d 24	601560001	ornamentacionlyw@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80216535	05/05/2026	3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$1,575,816	$488.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificacion	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1023364478	REYES MENDEZ BRAYAN MIGUEL	1	0			S	K																230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS009	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
2	CC 1026605930	RIVERA DAVID WILMER JOSE	1	0			S	K																25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS005	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
3	PT 5183103	MENDEZ MENDEZ JHOAN MANUEL	1	0			S	K																25-14	1.459.086	25	233.500	0	0	0	0	EPS002	1.459.086	25	58.400	14-11	1.459.086	25	5	101.600	CCF24	1.459.086	25	58.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73255477	09/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$9,017,089	$2.794.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	360.700	0		0		0	1	300	0	361.000	4

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	802.800	0	0	0	0	1	600	0	803.400	3
231001	Colfondos	800227940-6	640.000	0	0	0	0	1	500	0	640.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	627.700				627.700	1	500	628.200			6.277	628.200	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	360.700	1	300	361.000	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	360.700	361.000
Pensión	2	1.442.800	1.443.900
Riesgos Laborales	1	627.700	628.200
CCF	1	360.700	361.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	2.791.900	2.794.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73255477	09/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$9,017,089	$2.794.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1013606215	VEGA OCAMPO ERIKA KATHERINE	1	0			S																	231001	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
2	CC 1026296159	CANDELA SANTOS JUAN DIEGO	1	0			S	X																230301	817.089	14	130.800	0	0	0	0	EPS005	817.089	14	32.700	14-11	817.089	14	5	56.900	CCF24	817.089	14	32.700	0	0	0	0	0
3	CC 1072198453	TRIANA ALVAREZ EMELY FAYSULY	1	0			S																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	5	125.300	CCF24	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0
4	CC 1018475231	JARAMILLO FRANCO KAREN JULIETH	1	0			S																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	30	96.000	14-11	2.400.000	30	5	167.100	CCF24	2.400.000	30	96.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74094585	09/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$14,201,810	$4.007.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	568.200	0		0		0	1	400	0	568.600	4

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.712.000	0	0	0	0	1	1.200	0	1.713.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	1	200	0	280.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	875.900				875.900	1	600	876.500			8.759	876.500	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	568.200	1	400	568.600	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	568.200	568.600
Pensión	2	1.992.200	1.993.600
Riesgos Laborales	1	875.900	876.500
CCF	1	568.200	568.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	4.004.500	4.007.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74094585	09/04/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$14,201,810	$4.007.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1018405240	BRITO SUAREZ JAVIER DAVID	1	0			S																	230201	5.350.000	30	856.000	0	0	0	0	EPS008	5.350.000	30	214.000	14-11	5.350.000	30	5	372.400	CCF24	5.350.000	30	214.000	5.350.000	0	0	0	0
2	CC 1032357215	REY OLARTE DIEGO ARMANDO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	1.750.905	0	0	0	0
3	CC 1121918202	BAQUERO AGUILAR DAYANNA ALEJANDRA	1	0			S																	230201	5.350.000	30	856.000	0	0	0	0	EPS008	5.350.000	30	214.000	14-11	5.350.000	30	5	372.400	CCF24	5.350.000	30	214.000	5.350.000	0	0	0	0
4	CC 41372611	PARRA MARIA ROSALBA	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	70.100	1.750.905	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73283514	09/04/2026	14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$18,900,954	$5.815.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	340.500	0		0		0	1	300	0	340.800	5
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	280.000	0		0		0	1	200	0	280.200	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	147.000	0		0		0	1	100	0	147.100	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	126.200	0		0		0	1	100	0	126.300	2
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	11.800	0		0		0	1	100	0	11.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.269.600	0	0	0	0	1	900	0	1.270.500	5
230301	Porvenir	800224808-8	1.745.800	0	0	0	0	1	1.200	0	1.747.000	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	9.400	0	0	0	0	1	100	0	9.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.194.100				1.194.100	1	900	1.195.000			11.941	1.195.000	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	686.600	1	500	687.100	14

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	1
ICBF				
0	1	0	0	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	905.500	906.300
Pensión	3	3.024.800	3.027.000
Riesgos Laborales	1	1.194.100	1.195.000
CCF	1	686.600	687.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	5.811.000	5.815.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73283514	09/04/2026	14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$18,900,954	$5.815.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1002388663	PAYARES DURANTE JOSE JOAQUIN	1	0			S	X	X															230301	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS017	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
2	CC 1003202189	GRANADOS ARDILA JUAN DIEGO	1	0			S	X																230301	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS041	1.575.815	27	63.100	14-11	1.575.815	27	5	109.700	CCF24	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
3	CC 1010113110	ROJAS BARRETO HEYLLER DANIEL	1	0			N															30		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	5	0	CCF24	1.750.905	30	0	0	0	0	0	0
4	CC 1015435289	MARTINEZ GONZALEZ FABIAN ALBERTO	1	0			S																	230201	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	30	120.000	14-11	3.000.000	30	5	208.800	CCF24	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
5	CC 1018513577	VERGARA ALFONSO NICOLAS SANTIAGO	1	0			S	X																230301	1.213.334	13	194.200	0	0	0	0	EPS017	1.213.334	13	48.600	14-11	1.213.334	13	5	84.500	CCF24	1.213.334	13	48.600	0	0	0	0	0
6	CC 1023925956	GARZON ROJAS ARNOL STIVEN	1	0			S																	230201	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	160.000	14-11	4.000.000	30	5	278.400	CCF24	4.000.000	30	160.000	0	0	0	0	0
7	CC 1031172233	GONZALEZ RUEDA EDUAN ANDRES	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF24	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 1065203941	CALDERON ARAQUE JORGE LUIS	1	0			S	X																230301	1.575.815	27	252.200	0	0	0	0	EPS041	1.575.815	27	63.100	14-11	1.575.815	27	5	109.700	CCF24	1.575.815	27	63.100	0	0	0	0	0
9	CC 1087818337	BECERRA QUIÑONES JHON FREDY	1	0			S	X	X															230201	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPS002	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
10	CC 1092387244	CACERES ROJAS NICOL SARAY	1	0			S	X																230201	233.454	4	37.400	0	0	0	0	EPSC34	233.454	4	9.400	14-11	233.454	4	5	16.300	CCF24	233.454	4	9.400	0	0	0	0	0
11	CC 1122507134	MANCERA PARDO SHAROTM CAMILA	1	0			S																	230301	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS017	2.400.000	30	96.000	14-11	2.400.000	30	5	167.100	CCF24	2.400.000	30	96.000	0	0	0	0	0
12	CC 1123142836	PINILLA VELEZ FABIAN ANDRES	1	0			S	X																25-14	58.364	1	9.400	0	0	0	0	EPSC34	58.364	1	2.400	14-11	58.364	1	5	4.100	CCF24	58.364	1	2.400	0	0	0	0	0
13	CC 80852053	BARRETO HERNANDEZ HELVER	1	0			S		X															230201	641.999	11	102.800	0	0	0	0	EPS002	641.999	11	25.700	14-11	641.999	11	5	44.700	CCF24	641.999	11	25.700	0	0	0	0	0
14	CC 9102491	SANTOS GARCIA LEONARDO RAFAEL	1	0			S	X																230301	583.635	10	93.400	0	0	0	0	EPS002	583.635	10	23.400	14-11	583.635	10	5	40.700	CCF24	583.635	10	23.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-06, 09:08:37 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1080283173

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 06/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WNM INGENIEROS SAS	**Nombre Sucursal**	EMPLEADOS	**Código Sucursal**	001
Documento	NI900174002	**Dirección**	CL 95 71 75 TR 2 AP 2502		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6504934		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	NINO MELO WILINTON	**Identificación**	CC 79904525		
Total Afiliados	13	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020797404	CRISTIAN CAMILO NIÑO ORTIZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1023893655	WILSON ALEXANDER MESA LADINO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1055226207	JUAN DAVID BOLIVAR PACHECO	01	00														X			0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 350.181	$ 56.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 350.181	$ 14.100	0,000	$ 350.181	$ 0	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 350.181	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 84.300
CC 1055226207	JUAN DAVID BOLIVAR PACHECO	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1069129017	JONATAN MICHEL GOMEZ MIRANDA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1069177181	EDILBERTO PEREZ PACHECO	01	00														X			0	5	5	5	5	(231001) COLFONDOS	$ 291.818	$ 46.700	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 291.818	$ 11.700	0,000	$ 291.818	$ 0	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 291.818	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.100
CC 1069177181	EDILBERTO PEREZ PACHECO	01	00		X															0	1	1	1	1	(231001) COLFONDOS	$ 58.364	$ 9.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1073600197	CARLOS ALBERTO VELEZ TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1104011403	JAUDYS MANUEL LAMBRAÑO PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 11306780	JOSE GERMAN ROMERO CAMACHO	01	05																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.100
CC 3121681	DIEGO ALEXANDER PACHON TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 74754796	JOSE TADEO SALAMANCA DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80014605	OSCAR JIMENEZ PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80469632	PEDRO PABLO GONZALEZ GUERRERO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 93123070	JOSE AGUSTIN SANCHEZ FUENTES	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 18.267.777	$ 20.018.682	$ 20.018.682	$ 20.018.682	$ 2.923.600	$ 801.700	$ 1.349.100	$ 801.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.876.100	$ 4.600	$ 5.880.700

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 97610891		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					MURCIA BUITRAGO PEDRO ALEXANDER	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	CCFC55		4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.750.905	$ 121.900	CCF22	4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PROTEGER EPS S.A.S. antes CAJA	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 121.900	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1016065457		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30		F	$ 1.750.905	230201		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.750.905	$ 121.900	CCF22	4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 121.900	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 11039131		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					CORREA BABILONIA SERGIO HERNAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS041		4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.750.905	$ 121.900	CCF22	4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A. CM	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 121.900	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1118563916		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					TORRES REYES JORMAN ALEJANDRO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			F	$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPSC34		4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.750.905	$ 121.900	CCF22	4 %	$ 1.750.905	$ 70.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 70.100	$ 121.900	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033715273		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					ORDOÑEZ CRISTIAN ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
	X														0	2	2	2	2			F	$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 116.727	$ 18.700	$ 0	$ 0	EPSC34		4 %	$ 116.727	$ 4.700	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 116.727	$ 8.200	CCF22	4 %	$ 116.727	$ 4.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 4.700	$ 8.200	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1233893473		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					CAITA RODRIGUEZ MAICOL SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	4	4	4	4			F	$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 233.454	$ 37.400	$ 0	$ 0	EPS008		4 %	$ 233.454	$ 9.400	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 233.454	$ 16.300	CCF22	4 %	$ 233.454	$ 9.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 37.400	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 16.300	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-02, 08:33:48 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1081671327

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202604

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-05-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGORIENTE SAS				
Documento	NI 900337484	**Dirección**	CR 32C SUR #10 - 26		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3195559689		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	23
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014857538		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					VALENCIA ORDOÑEZ DIEGO ALEJANDRO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	27	27	27	27			F	$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.575.815	$ 252.200	$ 0	$ 0	EPS002		4 %	$ 1.575.815	$ 63.100	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 1.575.815	$ 109.700	CCF22	4 %	$ 1.575.815	$ 63.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 252.200	$ 0	$ 0	$ 63.100	$ 109.700	$ 63.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 488.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900943725-2	TECNICONSTRUDEPORTIVAS SAS	CALLE 185 B # 17-63	3112119066	TECNICONSTRUDEPORTIVAS @GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72863780	08/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$8,754,525	$2.711.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	140.200	0		0		0	0	0	0	140.200	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	609.500				609.500	0	0	609.500			6.095	609.500	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	350.500	0	0	350.500	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	350.500	350.500
Pensión	4	1.401.000	1.401.000
Riesgos Laborales	1	609.500	609.500
CCF	1	350.500	350.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.711.500	2.711.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900943725-2	TECNICONSTRUDEPORTIVAS SAS		CALLE 185 B # 17-63	3112119066	TECNICONSTRUDEPORTIVAS @GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72863780	08/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$8,754,525	$2.711.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1053606410	PATARROYO PUERTO YEFREY ARMANDO	1	0			S																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 74322863	PATARROYO SALAMANCA ISAIAS	1	0			S																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 80406717	LOPEZ ALVARRACIN GERMAN DARIO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 80875620	CASALLAS CLAVIJO HECTOR ALFONSO	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
5	CC 92698882	ACEVEDO OSORIO LACIDES MANUEL	1	0			S																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	70.100	14-4	1.750.905	30	5	121.900	CCF22	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73243874	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	Y	$0	$122.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.900				121.900	1	100	122.000			1.219	122.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	121.900	122.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	121.900	122.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901734321-8	TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS	Cr 56 No. 167 03 Ap 808	3137640402	tredingenieriaysoluciones@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73243874	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	Y	$0	$122.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1070010996	GALINDO MOLANO DANIELA	59	0			N																		0	0	0	0	0	0			0	0	0	14-11	1.750.905	30	5	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-16, 04:33:36 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1081179400

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 16/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS	**Nombre Sucursal**	PAGOS	**Código Sucursal**	003
Documento	NI901495759	**Dirección**	CR 12B #35 - 49		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3443737		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	PEREIRA	**Departamento**	RISARALDA		
Representante Legal	SALAZAR SALDARRIAGA JORGE ORLANDO	**Identificación**	CC 1088265813		
Total Afiliados	55	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000001369	SEBASTIAN GARCIA RODRIGUEZ	01	00	X																0	13	13	13	13	(230301) PORVENIR	$ 758.726	$ 121.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 758.726	$ 30.400	6,960	$ 758.726	$ 52.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 758.726	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.100
CC 1000124073	YERSON DANIEL LOPEZ MALAGON	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF29) COMFACHOCO	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1001269924	JEISSON STEVEN BUITRAGO MONSALVE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1002069917	ROBIN RAFAEL ANGULO MESINO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 2.000.000	$ 80.000	6,960	$ 2.000.000	$ 139.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200
CC 1004668841	PAULA ANDREA BARCO MARQUEZ	01	00		X															0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF44) COMFAMILIAR RISARALDA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 1006069272	YILBER JULIAN SOACHE SOACHE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1007101928	JEISSON ESTIBEN HERNANDEZ MERCHAN	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1012318407	HENRY ORLANDO MARTINEZ LEON	01	00	X																0	13	13	13	13	(230201) PROTECCION	$ 758.726	$ 121.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 758.726	$ 30.400	6,960	$ 758.726	$ 52.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 758.726	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.100
CC 1012350124	JAROL SEBASTIAN MARTINEZ RINCON	01	00	X																0	13	13	13	13	(230201) PROTECCION	$ 758.726	$ 121.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 758.726	$ 30.400	6,960	$ 758.726	$ 52.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 758.726	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.100
CC 1012445280	JORGE IVAN ROJAS SERRANO	01	00	X																0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 1.692.542	$ 270.900	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.692.542	$ 67.800	6,960	$ 1.692.542	$ 117.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.692.542	$ 67.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 524.400
CC 1013595744	WILMAR DANIEL QUINTERO CABEZAS	01	00	X																0	13	13	13	13	(230301) PORVENIR	$ 758.726	$ 121.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 758.726	$ 30.400	6,960	$ 758.726	$ 52.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 758.726	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.100
CC 1013646845	MAICOL ANDRES PINZON RAMIREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.850.000	$ 296.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.850.000	$ 74.000	6,960	$ 1.850.000	$ 128.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.850.000	$ 74.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 572.800
CC 1014662676	ANDERSON FABIAN RODRIGUEZ MEJIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1015436153	WILMAR EDUARDO RODRIGUEZ GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1023868376	CARLOS ALONSO RINCON JIMENEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1023886794	DIEGO ALEJANDRO GOMEZ DIAZ	01	00	X																0	5	5	5	5	(230201) PROTECCION	$ 291.818	$ 46.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 291.818	$ 11.700	6,960	$ 291.818	$ 20.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 291.818	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.500
CC 1024484451	MIYER FERNANDO DIAZ RAMIREZ	01	00		X															0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1024555679	JEFERSON SORIANO CADENA	01	00	X																0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 58.364	$ 9.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1026302830	HAROLD SEBASTIAN AYA RUBIANO	01	00	X																0	27	27	27	27	(230301) PORVENIR	$ 1.575.815	$ 252.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.575.815	$ 63.100	6,960	$ 1.575.815	$ 109.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.575.815	$ 63.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 488.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pagado: 16/04/2026 | **Empresa NI901495759 ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS** | **Planilla Nro: 1081179400** | **Periodo Cotización: marzo de 2026** | **Periodo Servicio: abril de 2026**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1026587638	JUAN CARLOS FLOREZ GALINDEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1030521849	JOHANNA CAROLINA CORTES BARRERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.000.000	$ 80.000	6,960	$ 2.000.000	$ 139.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200
CC 1030694494	HERVIN STIL ARIAS DUARTE	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.000.000	$ 320.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.000.000	$ 80.000	6,960	$ 2.000.000	$ 139.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 619.200
CC 1031648253	YESLY VALENTINA CASTILLO ARIZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1033814336	GERSON MANUEL OLARTE YATE	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1048944969	JORGE LUIS FLOREZ HERRERA	01	00	X																0	5	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 291.818	$ 46.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 291.818	$ 11.700	6,960	$ 291.818	$ 20.400	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 291.818	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.500
CC 1049938575	CESAR AUGUSTO GOMEZ PACHECO	01	00		X															0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION	$ 60.000	$ 9.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 60.000	$ 2.400	6,960	$ 60.000	$ 4.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 60.000	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.600
CC 1052963606	DEIVER JOSE JIMENEZ ZABALETA	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(CCFC55) PROTEGER EPS S.A.S. antes CAJA	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF09) COMFAMILIAR CARTAGENA	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1063493374	KEINER ANTONIO QUEVEDO MEZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.900.000	$ 304.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.900.000	$ 76.000	6,960	$ 1.900.000	$ 132.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.900.000	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 588.300
CC 1063815083	JULIAN ENRIQUE ARROYAVE SANCHEZ	01	00	X																0	20	20	20	20	(230301) PORVENIR	$ 1.167.270	$ 186.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.167.270	$ 46.700	6,960	$ 1.167.270	$ 81.300	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.167.270	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 361.500
CC 1063817264	CARLOS JULIO GUERRA ORDOÑEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1069493563	JUAN ANDRES MORALES	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1088265813	JORGE ORLANDO SALAZAR SALDARRIAGA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF44) COMFAMILIAR RISARALDA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1093218784	JHON ESTIVEN GARCIA PILLIMUE	01	00	X																0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 58.364	$ 9.400	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF63) COMFAMILIAR PUTUMAYO	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1094285458	MERLIS BARRIOS GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF09) COMFAMILIAR CARTAGENA	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 1126458811	CRISTIAN ALEXIS BARON PABON	01	00	X																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF34) COFREM	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1143154938	JEISSON CORDOBA GUTIERREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF14) COMFACAUCA	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 1192775537	JHONATAN ALEXIS CONDA TROCHEZ	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(25-14) COLPENSIONES	$ 58.364	$ 9.400	(EPSIC3) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF14) COMFACAUCA	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
CC 1193263620	VERONICA LONDOÑO VELEZ	01	00	X	X															0	26	26	26	26	(230201) PROTECCION	$ 1.517.451	$ 242.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.517.451	$ 60.700	0,522	$ 1.517.451	$ 8.000	(CCF44) COMFAMILIAR RISARALDA	$ 1.517.451	$ 60.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.200
CC 1193585017	MIGUEL ANGEL ESCORCIA ORDUZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 14566490	MILTON FABIAN DIAZ CASTAÑEDA	01	00												X					0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 233.454	$ 37.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 233.454	$ 9.400	0,000	$ 233.454	$ 0	(CCF56) COMFENALCO VALLE	$ 233.454	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.800
CC 14566490	MILTON FABIAN DIAZ CASTAÑEDA	01	00																	0	26	26	26	26	(230301) PORVENIR	$ 1.517.451	$ 242.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.517.451	$ 60.700	0,522	$ 1.517.451	$ 8.000	(CCF56) COMFENALCO VALLE	$ 1.517.451	$ 60.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.200
CC 19377191	GUSTAVO MERCHAN MERCHAN	01	04																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.300
CC 79510176	MAURICIO BERMUDEZ ROMERO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.800.000	$ 72.000	6,960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 557.300
CC 79741711	WILMAR GUIOVANI GALINDO TIRIAT	01	00	X																0	20	20	20	20	(230301) PORVENIR	$ 1.167.270	$ 186.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.167.270	$ 46.700	6,960	$ 1.167.270	$ 81.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.167.270	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 361.500
CC 79973284	JOSE VICENTE RAMIREZ RATIVA	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80744760	ANDRES MAURICIO MORA RUEDA	01	00	X																0	20	20	20	20	(231001) COLFONDOS	$ 1.167.270	$ 186.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.167.270	$ 46.700	6,960	$ 1.167.270	$ 81.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.167.270	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 361.500
CC 80748776	LUIS FERNANDO RINCON GRANANDOS	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
CC 80803757	WILLIAM LEONARDO MALAVER ALFONSO	01	00	X																0	25	25	25	25	(230201) PROTECCION	$ 1.459.088	$ 233.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.459.088	$ 58.400	6,960	$ 1.459.088	$ 101.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.459.088	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 451.900
CC 80912429	LEONARDO LEAL AMADOR	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 63.334	$ 10.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 63.334	$ 2.600	6,960	$ 63.334	$ 4.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 63.334	$ 2.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.900
CC 93082229	WILLIAM FERNANDO CONTRERAS SAENZ	01	00	X																0	19	19	19	19	(230301) PORVENIR	$ 1.108.907	$ 177.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.108.907	$ 44.400	6,960	$ 1.108.907	$ 77.200	(CCF34) COFREM	$ 1.108.907	$ 44.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 343.500
CC 94324271	MANUEL GUEVARA ARIAS	01	00	X																0	26	26	26	26	(230201) PROTECCION	$ 1.517.451	$ 242.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.517.451	$ 60.700	0,522	$ 1.517.451	$ 8.000	(CCF34) COFREM	$ 1.517.451	$ 60.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 372.200
CC 94509775	HENRY ALBORNOZ RIASCOS	01	00	X																0	4	4	4	4	(231001) COLFONDOS	$ 233.454	$ 37.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 233.454	$ 9.400	6,960	$ 233.454	$ 16.300	(CCF56) COMFENALCO VALLE	$ 233.454	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.500
PT 1279536	JOSE RENE GONZALEZ CARDENAS	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.750.905	$ 70.100	6,960	$ 1.750.905	$ 121.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 542.300
PT 5083626	NEIKER JAVIER GAMARRA GAMARRA	01	00	X																0	1	1	1	1	(230201) PROTECCION	$ 58.364	$ 9.400	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 58.364	$ 2.400	6,960	$ 58.364	$ 4.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300
PT 6788747	JEAN FRANCO ARRIETA ARRIETA	01	00	X																0	13	13	13	13	(25-14) COLPENSIONES	$ 758.726	$ 121.400	(CCFC33) FAMILIAR DE COLOMBIA	$ 758.726	$ 30.400	6,960	$ 758.726	$ 52.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 758.726	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.100
PT 6811968	CESAR AUGUSTO ALCALA MATTEY	01	00		X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 60.000	$ 9.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 60.000	$ 2.400	6,960	$ 60.000	$ 4.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 60.000	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 66.238.336	$ 68.038.336	$ 68.038.336	$ 68.038.336	$ 10.599.900	$ 2.723.600	$ 4.315.900	$ 2.714.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.353.600	$ 0	$ 20.353.600

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901975907	7	LOPEZ & CASTRO CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CALLE 134 # 156A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132425004	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	200020548	9502741895	E	2026/04/06	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$1,807,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	80128426	BOHORQUEZ MELO WILSON RAMIRO																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	1072618225	GIL VASQUEZ EDWIN ALEXANDER	X	X																230301	5	$291,818	$46,700	EPS017	5	$291,818	$11,700	CCF24	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0	Si	$90,500
3	CC	1014862958	PEÑALOZA MOLANO NELSON JAVIER		X																230301	5	$291,818	$46,700	EPS008	5	$291,818	$11,700	CCF24	5	$291,818	$11,700	14-11	5	$291,818	$20,400	5	$0	$0	Si	$90,500
4	CC	79206157	ROA TORRES ARNULFO																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
5	CC	1012414159	ROJAS MENDOZA JONATHAN FABIAN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$70,100	CCF24	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total	**Afiliados(5)**																						$5,836,351	$934,000			$5,836,351	$233,700			$5,836,351	$233,700			$5,836,351	$406,500		$0	$0		$1,807,900

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901975907	7	LOPEZ & CASTRO CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SEDE PRINCIPAL	CALLE 134 # 156A - 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132425004	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-04	200020548	9502741895	E	2026/04/06	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$1,807,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$934,000	$0	$0	$934,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$373,600	$0	$0	$373,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$406,500	$0	$0	$406,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$406,500	$0	$0	$406,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$233,700	$0	$0	$233,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$233,700	$0	$0	$233,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$233,700	$0	$0	$233,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$11,700	$0	$0	$11,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$151,900	$0	$0	$151,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$70,100	$0	$0	$70,100
TOTAL				**5**	**$1,807,900**	**$0**	**$0**	**$1,807,900**

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901973696-9	CONSORCIO EDUCATIVO 25	CR 71 D 73 A 51	7640402	CONSORCIOEDUCATIVO25@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73367064	28/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$14,000,000	$4.346.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	104.000	0		0		0	4	300	0	104.300	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	4	300	0	104.300	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	88.000	0		0		0	4	300	0	88.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	112.000	0		0		0	4	400	0	112.400	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	152.000	0		0		0	4	500	0	152.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	416.000	0	0	0	0	4	1.200	0	417.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.472.000	0	0	0	0	4	4.000	0	1.476.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	352.000	0	0	0	0	4	1.000	0	353.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	974.600				974.600	4	2.700	977.300			9.746	977.300	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	560.000	4	1.600	561.600	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	560.000	561.800
Pensión	3	2.240.000	2.246.200
Riesgos Laborales	1	974.600	977.300
CCF	1	560.000	561.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.334.600	4.346.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901973696-9	CONSORCIO EDUCATIVO 25	CR 71 D 73 A 51	7640402	CONSORCIOEDUCATIVO25@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73367064	28/04/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	$14,000,000	$4.346.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1019052718	LUENGAS AMAYA VIVIANA PATRICIA	1	0			S																	231001	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	5	153.200	CCF24	2.200.000	30	88.000	0	0	0	0	0
2	CC 1022409418	JIMENEZ PARDO DIEGO ALEJANDRO	1	0			S																	230301	2.600.000	30	416.000	0	0	0	0	EPS002	2.600.000	30	104.000	14-11	2.600.000	30	5	181.000	CCF24	2.600.000	30	104.000	0	0	0	0	0
3	CC 1031177244	MORENO REYES BRAYAN LEONARDO	1	0			S																	230201	2.600.000	30	416.000	0	0	0	0	EPS005	2.600.000	30	104.000	14-11	2.600.000	30	5	181.000	CCF24	2.600.000	30	104.000	0	0	0	0	0
4	CC 1049630740	LOPEZ PAEZ HUGO FERLEY	1	0			S																	230301	2.800.000	30	448.000	0	0	0	0	EPS017	2.800.000	30	112.000	14-11	2.800.000	30	5	194.900	CCF24	2.800.000	30	112.000	0	0	0	0	0
5	CC 1049657250	SOTELO SEPULVEDA EDISON ZAMIR	1	0			S																	230301	3.800.000	30	608.000	0	0	0	0	EPS041	3.800.000	30	152.000	14-11	3.800.000	30	5	264.500	CCF24	3.800.000	30	152.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-09, 01:39:46 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	WILLINGTON NIÑO MELO
CEDULA CIUDADANIA	CC 79904525
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081946596
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	295432899
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 710.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 320.000	$ 700
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 250.000	$ 600
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 139.200	$ 300
		SubTotales:		$ 709.200	$ 1.600
		Total a Pagar:			$ 710.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ANEXO 6

CONSORCIO EDUCATIVO BS	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 3 Fecha: 18/03/2023 Página: 1 de 3

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Andres Rodriguez FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 93	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06 Versión: 1 Fecha: 16-03-2023 Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: aficial

- [X] Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mecanico: atrapamiento, golpes, caidas, aplastamientos, cortantes.
- [X] Electrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tablero de tensión.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caidas al mismo nivel
- [X] Publico: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vias, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caidas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscolo esquelético, audiometria, audiometria y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Este dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Andres Rodriguez
CEDULA:	1000776107
FIRMA:	
FECHA:	21-4-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo. Andres Rodriguez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: [illegible], por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogo a los 21 días del mes de 4 del año 2026

[signature]

Huella

Firma del trabajador

C.C. 1000776107

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 35	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Andres CARGO: Oficial

FECHA: 21-4-26 CONTRATISTA: Ing Cuente.

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 35

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Ejecutar la labor [5]



contar con certificado TSA [2]



Diligenciar permiso de trabajo en alturas [3]



Contar con equipos certificados para realizar la actividad [4]



Contar con certificado Ocupacional con énfasis [1]

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista 4 | seguir la señalización 2 | mantener la calma 1 | dirigirse al punto de encuentro 3

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ N° CEDULA 1000774107

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 20% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 21-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 2

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogas, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO: Diego Rejondo Martinez FIRMA:

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 93	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Auxiliar

- [X] Físicos: Ruido, calor, frío, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecánicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mecánico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto
- [X] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tablero de tensión.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden pública (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometriometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de cables que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Este dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ¡déjelas en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Diego Alejandro Valois Robinson
CEDULA:	1143958538
FIRMA:	
FECHA:	07-04-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVOS	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, _____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: _____, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de _____ a los 7 días del mes de 4 del año 2025

_____ Huella

Firma del trabajador

C.C. _____

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - /REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 15-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Diego Urbano CARGO Auxiliar

FECHA 22-04-26 CONTRATISTA Seguridad

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE curen evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento el día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor 4


contar con certificado ESA 2


1 Diligenciar permiso de trabajo en alturas


3

Contar con certificado Ocupacional con énfasis


5

Contar con equipos certificados para realizar la actividad

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFIUADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☒



seguir la señalización ☒



mantener la calma ☒



dirigirse al punto de encuentro ☒

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	X

FIRMA DEL PARTICIPANTE Diego Valencia N° CEDULA 1014255220

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MÁYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 90

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR FECHA 09-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 18/08/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo; política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO [redacted] FIRMA [redacted]

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la Inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO EI	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES: CARGO: Social

- ☐ Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- ☐ Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- ☐ Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- ☐ Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonia, estrés laboral, cansancio físico
- ☐ Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- ☐ Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- ☐ Mecánicos: atrapamiento, golpes, caidas, aplastamientos, contacto.
- ☐ Electrico: baja tensión, conexiones electricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tablero de tensión
- ☐ Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caidas al mismo nivel
- ☐ Público: orden público (robo de objetos personales o de trabajo)
- ☐ Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vias, exceso de confianza al conducir
- ☐ Trabajo en alturas: caidas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, visiometria, audiometria y espirometrometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desconocimiento en el área. 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no hacer ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquele en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Jimmy Eubes Acosta
CEDULA:	CC 79923478
FIRMA:	
FECHA:	15/04/96

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jimmy Estupiñan, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 79783473 por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería, me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Boga a los 15 días del mes de 4 del año 2016

Huella

Firma del trabajador

C.C. 79783473

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 15-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: [illegible] CARGO: oficial

FECHA: 15/04/26 CONTRATISTA: Ing Oriento

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor 3


contar con certificado TSA 2


Obligación permiso de trabajo en alturas


1

Contar con certificado Ocupacional con énfasis


4

Contar con equipos certificados para realizar la actividad

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico










7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA


Seguir las indicaciones del brigadista [3]


seguir la señalización [1]


mantener la calma [1]



dirigirse al punto de encuentro [3]

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI


☒

☒

☒

☒

☒

☒

☒

☐

10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ Nº CEDULA 79923478

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 15-4-26.

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 33	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogas, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 33.

NOMBRE COMPLETO Hector Rodriguez FIRMA Hector Rodriguez

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 23	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES: CARGO: Oficial

- [X] Físicos: Ruido, calor, frío, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecánicos: carga estática, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas
- [X] Mecánicos: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [X] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de tránsito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del tránsito o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometria y espirometriometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ¡úbíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Halber Rodríguez
CEDULA:	80.238.538
FIRMA:	Halber Rodríguez
FECHA:	15-01-2026

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Heiber Rodriguez CARGO Oficial

FECHA 15-04-2026 CONTRATISTA ING DRiEnTE

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Ejecutar la labor [3]



contar con certificado TSA [2]



Diligenciar permiso de trabajo en alturas [4]



Contar con equipos certificados para realizar la actividad [1]



Contar con certificado Ocupacional con énfasis [5]

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐ seguir la señalización ☐ mantener la calma ☐ dirigirse al punto de encuentro ☒

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Helber Rodriguez N° CEDULA 80238538

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 90

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR FECHA 15-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Helber Rodriguez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 80238538, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 15 días del mes de 04 del año 2026

Helber Rodriguez Huella

Firma del trabajador

C.C 80238538.

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 09	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/01/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducion en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, politica de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Jairo Hernandez FIRMA 7/13

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 2A	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Instalador.

- [X] Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químico: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mecánico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [X] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas; caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,optometria, audiometria y espirometrometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de tablerado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra ni en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Luis Mendez
CEDULA:	79918532 BTA.
FIRMA:	
FECHA:	20-4-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jairo Monroy, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 79918532 por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería, me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25 a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25 conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Boga a los 20 días del mes de 4 del año 2026

Firma del trabajador

C.C 79918532 BTA.

Huella

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03 Versión: 1 Fecha: 16-03-2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Jesus Yander CARGO Soldador

FECHA _____ CONTRATISTA SteelPanel.

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogras		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamara la Ambulancia	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificarán a la ARL y proceder investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 3 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

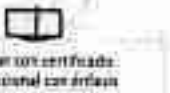

Ejecutar la labor 5


contar con certificado TSA 7


Diligenciar permiso de trabajo en alturas 3


Contar con equipos certificados para realizar la actividad 4




Contar con certificado Ocupacional con anclaje

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

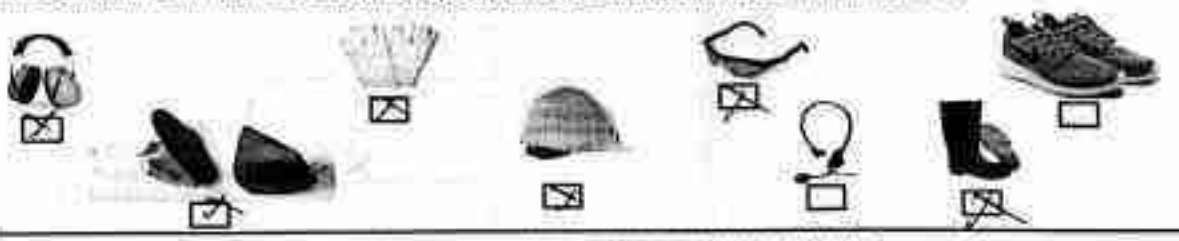
ARL	☐	EPS	☐	AFP	☐	CCF	☐	TODAS LAS ANTERIORES	☑

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista	☐	seguir la señalización	☑	mantener la calma	☐	dirigirse al punto de encuentro	☐

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE: Luis Martes N° CEDULA: 79918532

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN: 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR: _____ FECHA: 2024-06

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO: [illegible] FIRMA: [illegible]

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVOS	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 18-09-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI Z87.1, overol de trabajo. Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregan los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES

CARGO: Electricista.

X	Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	X	Mecánico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamiento, contacto.
X	Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tablero de tensión
X	Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)	X	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes	X	Seguridad vial: accidentes de tránsito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
X	Biomecánicos: carga estática, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, excesc de cargas permitidas	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometria 2. Recuerda que debe mantener el área de trabajo ordenada, esta evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desconocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaja en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de radios que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquele en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Jose Alfredo Garzon Isaza.
CEDULA:	80270364
FIRMA:	
FECHA:	06/04/2026.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jose Alfredo Gaujo Isaza, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 80270364, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando el interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 6 días del mes de 05 del año 2026

Huella

Firma del trabajador

C.C. 80270364

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 23	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Jose Alfredo Garcia CARGO: Electricista.

FECHA: 6-02-2026 CONTRATISTA: Energiza.

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 23

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA 'X' CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO


☐


☒


☒


☐

5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor ☐5


contar con certificado TSA ☐7


Diligenciar permiso de trabajo en alturas ☐3


Contar con equipos certificados para realizar la actividad ☐4

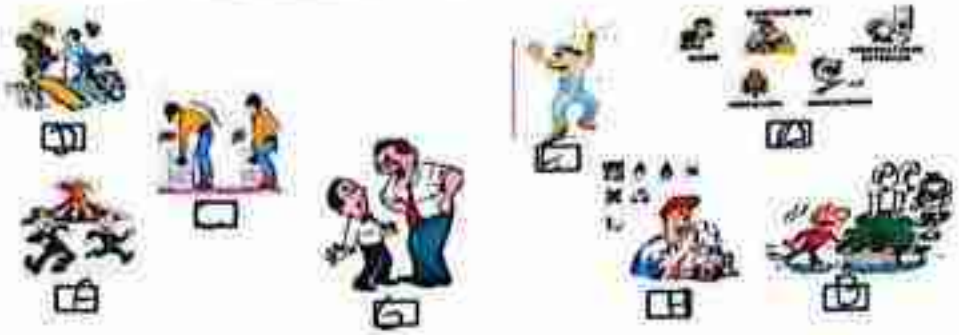

☐

Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐ seguir la señalización ☐ numerar la calma ☐ dirigirse al punto de encuentro ☐

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBORES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligror y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ N° CEDULA 80270364

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 95

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 06-04-2026

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO SI	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 10/03/2022 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogas, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 23.

NOMBRE COMPLETO Enid Flores FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 24	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI Z 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES: CARGO: Electricista

X	Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	X	Mecanico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
X	Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Electrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
X	Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)	X	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.	X	Seguridad vial: accidentes de tránsito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y descuido a los señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
X	Biomecanicos: carga estática, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen medico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometria y espirometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desenergizamiento en el área
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (altos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Eriol Xavier Flores Gonzalez
CEDULA:	5733294
FIRMA:	
FECHA:	06/04/2026

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Encflores, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 5733294, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred Ingeniería, me ha informado acerca del **Programa de Prevención de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25, a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25, conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bga a los 6 días del mes de 4 del año 2023

Huella

Firma del trabajador
C.C. 5733294

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO ZS	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN BOSST	Código: F-SST-01 Versión: 1 Fecha: 15-03-2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Jack Flores CARGO: Electricista

FECHA: 06/04/2026 CONTRATISTA: Energize

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO ZS

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa los equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	Acudir atención dirigirse a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INGUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor


contar con certificado TSA


Diligenciar permiso de trabajo en alturas


Contar con equipos certificados para realizar la actividad



Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico










7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL [A] EPS [E] AFP [ ] CCF [ ] TODAS LAS ANTERIORES [ ]

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA


Seguir las indicaciones del brigadista [2]


seguir la señalización [3]


[1]



dirigirse al punto de encuentro [4]

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI


[X]


[X]


[X]


[X]


[X]


[ ]


[X]


[ ]

10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	✓
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE [signature] Nº CEDULA 57.33.294

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR [signature] FECHA 6-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 10/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25

NOMBRE COMPLETO Jhoban Zamora FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Jefferson Serrano Cadena, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1014555619, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred Ingeniería me ha informado acerca del **Programa de Prevención de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de 04 del año 2026

Jefferson S. C. Huella

Firma del trabajador

C.C. 1014555619

Powered by CamScanner

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

CONSORCIO EDUCATIVO 23	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES: CARGO: Tec. Electricista instalador

- [X] Físicos: Ruido, calor, frío, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, carácter físico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecánicos: carga estática, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.

- [X] Mecánicos: atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [X] Eléctrico: baja tensión, corrosiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de sistemas de tierra.
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
- [X] Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de tránsito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscular esquelético,visiometría, audiometría y espirometría 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desconocimiento en el área 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Esta atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspeccionas los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, arrendatria, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evita dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las está utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Jeferson Soriano Cadena
CEDULA:	1024555679.
FIRMA:	Jeferson Soriano Cadena.
FECHA:	08/04/2026

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO ES	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03 Versión: 1 Fecha: 15-03-2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Jefferson Serrano CARGO: Tec - Instalaciones.

FECHA: 08/04/2026 CONTRATISTA: Energiza.

1. MÁRQUE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO ES

A.	Política de seguridad y salud en el trabajo		C.	Política de prevención acoso laboral	
B.	Política de no alcohol tabaco y drogas		D.	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A.	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C.	Usa tus equipos de protección personal	
B.	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D.	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1.	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO



5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS



Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecanico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las instrucciones del brigadista ☐4 seguir la señalización ☐ mantener la calma ☐ dirigirse al punto de encuentro ☐3

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Jeferson Soriano C. Nº CEDULA 1014555679

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 98

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 8-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-50 Versión: 1 Fecha: 18/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogas, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Deiker Gamboa FIRMA Deiker G.

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO**	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Deiker Gamarra, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 5083626, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred Ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 6 días del mes de 4 del año 2026

Deiker Gamarra — Huella

Firma del trabajador

C.C. 5083626

Powered by CamScanner

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

CONSORCIO EDUCATIVO BS	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Ayudante

X	Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	X	Mecánicos: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto
X	Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Eléctricos: baja tensión, corrientes eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión
X	Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en marcos)	X	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, ausentismo Falso	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes	X	Seguridad vial: accidentes de tránsito, exceso de confianza al creer tal vías, imprudencia y descuido o los señales informativas del trabajo o en vía, exceso de confianza al conducir
X	Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, excesos de cargas permitidas.	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema muscular esquelético,visiometría, audiometría y espirometrometría
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación decompetencias en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, varijas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las está utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Neiker Gomorro
CEDULA:	5083624
FIRMA:	Neiker G.
FECHA:	08/04/26

Powered by CamScanner

CONSORCIO	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-01 Versión: 1 Fecha: 18.01.2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Oscar Gamboa CARGO: Ayudante

FECHA: 08/09/22 CONTRATISTA: Energiza

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 20

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor


contar con certificado TSA


Obligación puestos de trabajo en alturas


Contar con equipos certificados para realizar la actividad




Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☑

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐ 1 | seguir la señalización ☐ 2 | mantener la calma ☐ 3 | dirigirse al punto de encuentro ☐ 4

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Nelkor G. Nº CEDULA 5083626

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR RENOVACIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR FECHA 8-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO CST 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 28/03/2023 Página: 1 de 1

TEMAS ORGANIZACIONALES		SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogas, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25

NOMBRE COMPLETO Daniel Quiroga FIRMA Daniel Quiroga

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Wilmer David Quintero Cabezas, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1013585404, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred Ingeniería. me ha informado acerca del **Programa de Prevención de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 13 días del mes de 01 del año 2026

David Quintero
Firma del trabajador
C.C. 1013585404

Huella

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 21	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI Z87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Tecnico

X	Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes	X	Mecánico: atrapamiento, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
X	Químicos: Humos metálicos o no metálicos, polvos, gases, vapores, material particulado	X	Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tensión.
X	Biológico: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)	X	Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel
X	Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico	X	Público: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
X	Natural: Inundaciones, movimientos sísmicos, vientos fuertes.	X	Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vías, imprudencia o desacato a las señales informativas del trabajo o en vías, exceso de confianza al conducir
X	Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas	X	Trabajo en alturas: caídas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometria y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el area de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energia eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaja en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Wilson David Cuartas Cabezas
CEDULA:	1018595444
FIRMA:	David Cuartas
FECHA:	13/04/2024

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03 Versión: 1 Fecha: 16-03-2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Oscar Quiceno CARGO: Tecnico

FECHA: 13/04/2026 CONTRATISTA: Energia

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Uso tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Atender atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor 5


contar con certificado TSA 2


Diligenciar permiso de trabajo en alturas 3


Contar con equipos certificados para realizar la actividad 4


Contar con certificado Ocupacional con énfasis 1

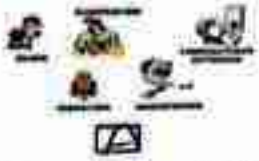
Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico







7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA


Seguir las indicaciones del brigadista 4


seguir la señalización 2


mantener la calma 1



dirigirse al punto de encuentro 3

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Daniel Quintero Nº CEDULA 1019609744

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN ☐

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR FECHA 13-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO SI	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03 Versión: 1 Fecha: 16/01/2023 Página 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Sebastian Cano FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16.03.2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES

CARGO: Electrico.

- [X] Físicos: Ruido, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [X] Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [X] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonia, estrés laboral, Lanzamiento fisico
- [X] Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.

- [X] Mecanicos: atrapamiento, golpes, caidas, aplastamientos, contacto.
- [X] Electricos: baja tension, conexiones electricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tableros de tension
- [X] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caidas al mismo nivel
- [X] Publicos: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [X] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vias, exceso de confianza al conducir
- [X] Trabajo en alturas: caidas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometria y espirometrometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes 3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación deconocimiento en el área 4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos y sirenas) 7. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje 9. Asegúrese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra 13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,disponla en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Sebastian Garcia R
CEDULA:	1000001369
FIRMA:	
FECHA:	24-4-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código: F-SST-05
		Versión: 1
		Fecha: 16/03/2023
		Página: 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Sebastian Garcia, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1000007364, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente:

1. Tred Ingeniería. me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25. a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25. conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Baja a los 24 días del mes de 4 del año 2026

Firma del trabajador

C.C. 1000007364

Huella

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 23	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03 Versión: 1 Fecha: 10-03-2023 Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR Sebastian Lara CARGO Auxiliar

FECHA _____ CONTRATISTA enero 29

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 23

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

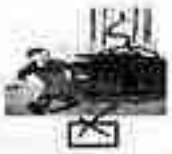
2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Use tus equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2.Recibir atención dirijase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios y de necesario llamará la Ambulancia.	X
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador.	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido.	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO



5. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor


contar con certificado TSA


Delimitar - señalizar área de trabajo en alturas


Contar con equipos certificados para realizar la actividad



Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL		EPS		AFP		CCF		TODAS LAS ANTERIORES	☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista	1	seguir la señalización	3	mantener la calma	1	dirigirse al punto de encuentro	2

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE Sebastian Cortés Nº CEDULA 1000001361

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 100

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 24-4-26.

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 Página: 1 de 1

	TEMAS ORGANIZACIONALES	SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	POLITICAS SGSST	X
2	OBJETIVOS SGSST	X
3	ASPECTOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	X
4	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	RESPONSABILIDADES EN SGSST	X
6	SALUD EN EL TRABAJO	X
7	EXAMENES MEDICOS OCUPACIONES DE INGRESO, PERIODICO Y DE RETIRO	X
8	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO)	X
9	PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS	X
10	USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE LOS EPP	X
11	PROCEDIMIENTO REPORTE INVESTIGACIÓN ACCIDENTE E INCIDENTES DE TRABAJO Y PREVENCIÓN	X
12	POLITICA NO ALCOHOL TABACO Y DROGAS	X
13	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	X
14	INDUCCION SOBRE PELIGROS Y RIESGOS	X
15	DERECHOS Y DEBERES DE LOS EMPLEADORES Y TRABAJADORES	X

Certifico haber recibido inducción en aspectos de seguridad industrial, seguridad y salud en el trabajo, política de no alcohol, tabaco y drogras, reglamento de higiene y seguridad industrial, factores de riesgo y funcionamiento de la brigada de emergencia y comites de CONSORCIO CST 25.

NOMBRE COMPLETO Maicol Cano FIRMA

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área HSE (Seguridad, Salud en el Trabajo y ambiente) y evaluar la eficacia de la inducción-Reinducción de los temas incluidos en la presentación.

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 85	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	Código: F-SST-06
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 1

Elementos de Protección personal del cargo:
Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES:

CARGO: Hidraulico

- [x] Físicos: Ruido, calor, frío, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [x] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, polvos, gases, vapores, material particulado
- [x] Biológicos: Animales, insectos, bacterias (falta de aseo en manos)
- [x] Psicosocial: Contenido de la tarea, trabajo repetitivo, monotonía, estrés laboral, cansancio físico
- [x] Natural: Inundaciones, movimientos sismicos, vientos fuertes.
- [x] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas
- [x] Mecanico: atrapamiento, golpes, caidas, aplastamientos, contacto.
- [x] Electrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado, falta de tablero de tensión
- [x] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo, herramientas mal utilizadas, caidas al mismo nivel
- [x] Publico: orden publico (robo de objetos personales y de trabajo)
- [x] Seguridad vial: accidentes de transito, exceso de confianza al cruzar las vias, imprudencia y desacato a las señales informativas del trabajo o en vias, exceso de confianza al conducir
- [x] Trabajo en alturas: caidas a diferente nivel

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esqueletico,visiometria, audiometria y espirometrometria 2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningun tipo de tablerado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energia eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación desconocimiento en el área
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra 5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias 6. Este atento a las señales sonoras que adviertan riesgo (pitos o sirenas) 7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes 8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las lineas de vida o puntos de anclaje 9. Asegurese de no haya ningun tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energia, gas, acueducto, etc.) 10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo 11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa 12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,almacenela en el lugar correspondiente 14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades 15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

NOMBRES Y APELLIDOS:	Manuel Sebastian Ortiz Rodriguez
CEDULA:	1233893923
FIRMA:	
FECHA:	1-4-26

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 25	FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO	Código F-SST-05
		Versión 1
		Fecha 16/03/2023
		Página 1 de 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – TOMA DE PRUEBAS ALCOHOL Y DROGAS

Yo, Nicol Gito Rodriguez identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033893913, por medio del presente escrito me permito manifestar lo siguiente

1. Tred ingeniería, me ha informado acerca del **Programa** de Prevención **de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias Psicoactivas** que se viene implementando al interior de la empresa. Por tal razón, autorizo a CONSORCIO EDUCATIVO 25 a practicarme la prueba rápida de detección de consumo de Alcohol en aliento y Drogas en orina que han sido establecidas.

2. Tengo garantía plena de recibir respuestas a las preguntas o aclaraciones ante cualquier aspecto relacionado con la prueba y sus resultados.

3. He recibido las explicaciones referentes al procedimiento ubilzado para la entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.

4. Autorizo para que CONSORCIO EDUCATIVO 25 conozca y reciba directamente los resultados de estas pruebas y conserve el o los documento(s) que contienen los resultados, garantizando la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, así como de los registros que serán mantenidos bajo total reserva.

La decisión que aquí manifiesto la he tomado de manera libre, autónoma y voluntaria, por tanto, no considero que estas pruebas de tamizaje y las atribuciones que aquí acepto, se constituyan injerencias sobre mis derechos a la intimidad y al libre desarrollo de mi personalidad.

Con mi firma a continuación declaro que he leído y comprendo esta declaración anterior.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los 1 días del mes de 4 del año 2026

Firma del trabajador
C.C. 1033893913

Huella

COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 23	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F-SST-03
		Versión: 1
		Fecha: 16-03-2023
		Página: 1 de 2

NOMBRE TRABAJADOR: Miguel Cuta CARGO: Oficial

FECHA: 1-4-26 CONTRATISTA: Ingeniería Colt

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 23

A	Política de seguridad y salud en el trabajo		C	Política de prevención de acoso laboral	
B	Política de no alcohol tabaco y drogas		D	Todas las anteriores	X

2. SEÑALE CON UNA X LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE DEBE CUMPLIR EN EL PROYECTO

A	Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte en cualquier medio		C	Usa los equipos de protección personal	
B	Respetar las protecciones colectivas o señalización por respeto a su propia seguridad y a la de sus compañeros		D	Todas las anteriores	X

3. MARQUE CON X LOS PASOS QUE USTED DEBE SEGUIR SI SE PRESENTA UN INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO

1	Debe informar a su jefe inmediato	X
2	2 Recibir atención diríjase a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con el área HSE quien evaluará el caso, prestará los primeros auxilios o de necesario llamará la Ambulancia.	✓
3	La elaboración del Reporte de Accidente, notificación a la ARL y posterior investigación le corresponde al Empleador	X
4	Informar del evento al día siguiente de haber ocurrido	

4. MARQUE CON UNA X CUAL DE ESTAS CONSIDERA ACTO INSEGURO






5. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 AL 5 ESTABLECIENDO EL ORDEN CORRECTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS


Ejecutar la labor 4


contar con certificado TSA 2


3 Diligenciar permiso de trabajo en alturas


Contar con equipos certificados para realizar la actividad


1

Contar con certificado Ocupacional con énfasis

Powered by CamScanner

6. HACER RELACIÓN CON LA LETRA DEL RIESGO A LA IMAGEN QUE CORRESPONDA

A. Riesgo Físico
B. Riesgo Mecánico
C. Riesgo Ergonómico
D. Riesgo Eléctrico
E. Riesgo Locativo
F. Riesgo Natural
G. Riesgo Psicosocial
H. Riesgo Químico



7. POR FAVOR SELECCIONES LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, AL QUE USTED DEBE ESTAR AFILIADO DURANTE SU CONTRATO LABORAL

ARL ☐ EPS ☐ AFP ☐ CCF ☐ TODAS LAS ANTERIORES ☒

8. INCLUYE LOS NUMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐ seguir la señalización ☒ mantener la calma ☒ dirigirse al punto de encuentro ☒

9. DE LAS SIGUIENTES IMÁGENES SELECCIONE LAS QUE CONSIDERA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EPI



10. MARQUE CON UNA X CUALES SON LOS DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

1.	Procurar el cuidado integral de su salud	X
2.	Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	X
3.	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa	X
4.	Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo	X
5.	Participar en actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST	X
6.	Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	

FIRMA DEL PARTICIPANTE [signature] N° CEDULA 1233803973

CRITERIO DE EVALUACIÓN

POR CADA PREGUNTA CORRECTA SE OBTIENE 10% APRUEBA SI LA CALIFICACIÓN ES IGUAL O MAYOR A 80% DE LO CONTRARIO DEBE RECIBIR REINDUCCIÓN

CALIFICACIÓN 90

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ FECHA 1-4-26

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

ANEXO 7

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa STEEL PANEL SAS, NIT N900986000, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.63.25.38, 192.230.104.10, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CYS INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, NIT N901129329, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 200.118.80.130, 192.230.104.14, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa WNM INGENIEROS SAS, NIT N900174002, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 186.85.240.54, 198.143.41.29, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CERTIFICA

Que la empresa TECNICONSTRUDEPORTIVAS SAS identificada con documento NIT número 900,943,725 y número de afiliación 282617, tiene cobertura desde 12 de junio de 2019 con la ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral.

Con la siguiente información:

Tasas de Riesgo:

CLASE DE RIESGO	COTIZACION
RIESGO V	6.960 %

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 lunes 4 de mayo de 2026 a las 09:14:07 a. m.

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

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa ORNAMENTACION LM SAS, NIT N901766945, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 04 de mayo de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 38.199.67.25, 198.143.57.36, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 5 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO EDUCATIVO25, NIT N901973696, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 191.95.49.45, 192.230.104.17, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa INGORIENTE SAS, NIT N900337484, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 152.201.114.242, 192.230.104.13, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 4 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa LOPEZ & CASTRO CONSTRUCCIONES SAS, NIT N901975907, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 200.118.80.130, 192.230.104.14, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 5 de mayo de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa TRE-D INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS, NIT N901734321, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de abril de 2026 hasta el 30 de abril de 2026.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 191.95.49.45, 192.230.104.17, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 8

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-28
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:20-10-2025

Nombres y apellidos: Jeferson Serrano Ladera.

Cedula de ciudadanía: 1024555679 Cargo: Tec. electrico.

Haga constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se lo requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Overol.	1		30	4	26								
Botas.	1		30	4	26								
gafas.	1		30	4	26								
guantes.	1	Energitec.	30	4	26						DED Colegios		
casco.	1		30	4	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-FT-28
		Version: 0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha: 28-10-2028

Nombres y apellidos: Neiker Gamara

Cédula de ciudadanía: Cargo: Auxiliar.

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Energyca	8	4	26						Colegio SED.	Neiker G.	
guantes	1		8	4	26							Neiker G	
gafas	1		8	4	26							Neiker G	
casco	1		8	4	26							Neiker G.	
oberol	1		8	4	26							Neiker G.	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-28
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:28-10-2020

Nombres y apellidos: Wilmer David Quintero Cabezas

Cédula de ciudadanía: 1073 545744 Cargo: Tecnico

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea, en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resultan adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Entregado	13	4	26							David Quintero	
Casco	1	Entregado	13	4	26							David Quintero	
Guantes	1	Entregado	13	4	26						Colegio 5ED	David Quintero	
Tapa oidos	1	Entregado	13	4	26							David Quintero	
overol	1	Entregado	13	4	26							David Quintero	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:20-10-2025

Nombres y apellidos: Brahan Rodriguez

Cédula de ciudadanía: 1000776108 **Cargo:** OFICIAL

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
BOTAS	1	Jhonny	29	4	26						Colegio	Brandon	
CASCO	1		29	4	26							Brandon	
OVEROL	1		29	4	26							Brandon	
GUANTES	1		29	4	26							Brandon	
TAPAVOCAS	1		29	4	26							Brandon	
GAFAS	1		29	4	26							Brandon	
TAPABOCAS	1		29	4	26							Brandon	
												Brandon	
												Brandon	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:25-10-2023

Nombres y apellidos Andres Rodriguez

Cédula de ciudadanía: 1000776107 **Cargo:** oficial

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
casco	1	Diomar	20	4	26							Colegio GED	
botas	1		20	4	26								
guantes	1		20	4	26								
obetor	1		20	4	26								
tapaoidos	1		20	11	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-FT-28
		Version: 0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha: 25-10-2025

Nombres y apellidos: Jose manuel Cuello Ortiz

Cédula de ciudadanía: 79 495 307 Cargo: Soldador

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señalados por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Diviona Y	29	4	26						Colegio	manuelcuello	
Gafas	1		29	4	26							manuelcuello	
Guante	1		29	4	26							manuelCuello	
Tapa Oido	1		29	4	26							manuelCuello	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:28-10-2025

Nombres y apellidos: oslun fuentes

Cédula de ciudadanía: 1011200779 **Cargo:** ayudante

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
guantes	1	Viviana	14	01	26						Colegio	oslun	
botas	1		14	01	26							oslun	
overol	1		14	01	26							oslun	
casco	1		14	01	26							oslun	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:25-10-2025

Nombres y apellidos: Brayan Esteban Tapia Duarte

Cédula de ciudadanía: 1032479832 Cargo: Ayudante

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Jhonas Y	29	4	26						Colegio 10 D.	Brayan	
Guantes	1		29	4	26							Brayan	
Gafas	1		29	4	26							Brayan	
Tapa oidos	1		29	4	26							Brayan	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:20-10-2025

Nombres y apellidos: DIEGO Fernando Borja.

Cédula de ciudadanía: 809 044 466 **Cargo:** ayudante

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

N° EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR:	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Guantes.	1	Diocuma	29	4	26						Colegio Sur	DIEGO G	
Botas	1		29	4	26							DIEGO G.	
casco.	1		29	4	26							DIEGO G.	
tapa oidos	1		29	4	26							DIEGO G.	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:26-10-2025

Nombres y apellidos Diego Valencia

Cédula de ciudadanía: 1[illegible]538 **Cargo:** Ayudante

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señalados por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
camisa	1	Viviana J	7	4	26						Colegios de D		
Guantes	1		7	4	26								
Casco	1		7	4	26								
Gafas	1		7	4	26								
Tapaoidos	1		7	4	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25
		Version:0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:20-10-2025

Nombres y apellidos: Sebastian Garcia R

Cédula de ciudadanía: 1000013 64 **Cargo:** Auxiliar

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Overol	1	Diviana L	24	4	26						Colegios 20 D.		
Casco	1		24	4	26								
Botas	1		24	4	26								
Guantes	1		24	4	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-25 Version:5
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:28-10-2025

Nombres y apellidos: Maicol Sebastian Gato Rodriguez

Cédula de ciudadanía: 1233893917 Cargo: Oficial

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Casco	1	Viviana	1	4	26						Colegio		
Guantes	1		1	4	26								
Gafas	1		1	4	26								
Arnés	1		1	4	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo:SG-FT-15
		Version:5
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha:28-10-2025

Nombres y apellidos: Juan Mendez

Cédula de ciudadanía: Cargo: soldador

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Unicornio	20	4	26						Colegio de	Juan	
overol.	1		20	4	26							Juan	
guantes	1		20	4	26							Juan	
casco.	1		20	4	26							Juan.	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-FT-19
		Version: 0
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Fecha: 29-10-2025

Nombres y apellidos: Andres Gonzalez

Cedula de ciudadania: 1020771373 **Cargo:** Encargado

Hago constar que recibí de la empresa los siguientes elementos de protección personal en cada una de las fechas estipuladas abajo, así como capacitación en el uso adecuado y cuidado de estos, por lo tanto declaro y me comprometo a:

a. Usar los elementos de protección en toda labor o tarea en la cual se requieran.
b. Seguir las instrucciones de uso de los elementos de protección, señaladas por el fabricante y/o por la empresa.
c. Cuidar los elementos de protección personal que me han sido entregados.
d. Almacenar correctamente los elementos de protección personal.
e. Evitar cualquier alteración a los elementos de protección que me han sido entregados.
f. Informar a la empresa cuando los elementos de protección sufran daños, o cuando a mi juicio no resulten adecuados para la labor a realizar.
g. Informar cuando los elementos que me han sido suministrados no ofrezcan la protección requerida para la labor a desarrollar.
h. Informar al superior inmediato las anomalías que afecten los elementos de protección personal o las necesidades de su reemplazo.
i. Asistir a las capacitaciones sobre uso y cuidado de los elementos de protección personal, según se le requiera.
j. Informar sobre cambios en la salud que puedan modificar la asignación o uso de los elementos de protección personal.
k. Informar sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
l. No ceder, prestar o comercializar los elementos de protección personal suministrados.
m. Responder por los elementos de protección personal durante el tiempo previsto para su uso, a partir de la entrega y recibo de los mismos.

Nº EPP	CANTIDAD	ENTREGADO POR	FECHA DE ENTREGA			PRESENTA EPP PARA CAMBIO		FECHA DE CAMBIO			NOMBRE DEL PROYECTO	FIRMA DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
			dd	mm	aa	SI	NO	dd	mm	aa			
Botas	1	Diviana Y	14	4	26						Colegios 6to D	Andres G.	
Guantes	1		14	4	26							Andres G	
Casco	1		14	4	26							Andres G.	
Gafas	1		14	4	26							Andres G	
Overol	1		14	4	26							Andres G	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

ANEXO 9

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco de G.	FECHA:	6-04-26
INSTRUCTOR:	Duvier Fuentes.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Mantenimiento Cerramiento	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jaudy Contreras	1104011403	Cay	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-10-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco sede 6.	FECHA:	5-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Luengas.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Corte con polidora - Cuidados.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jandy Lambraño	1104011403	coy	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Exposición sede C.	FECHA:	9-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Lenga	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Uso de Gafas para Corte.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	DIEGO TORRES	3127681	Auxiliar	
2	Wilson Pico	1023888655	Ayudante	Wilson P.
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Fragrance Sede C	FECHA:	14-4-26
INSTRUCTOR:	Duvan Luengas	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Orden y aseo	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	DIEGO TORRES	3216891	[illegible]	[signature]
2	Wilson Nose	1023897555	Aux.	[signature]
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: [signature]

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-008
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	29-05-2023

LUGAR / PROYECTO:	Proyecto Sede C	FECHA:	17-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Luengo	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Cuidado de la audicion	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	DIEGO TORRES	3127681	Aux.	
2	Wilson Ibeza	1022889655	Aux.	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2028

LUGAR / PROYECTO:	Francisco Sede C	FECHA:	21-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Bango A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Mantener el cerramiento en optimas condiciones	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Weiker G.	5063026	Auxiliar	Weiker G.
2	Carlos Alberto Velez.	1032.000197	Auxiliar	
3	Wilson Mesa	1038	Aux	Wilson M
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-009
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2028

LUGAR / PROYECTO:	Francisco sede C	FECHA:	24-4-26
INSTRUCTOR:	Diviana Lango	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Uso de Botas de Seguridad.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Uriel G.	5083626	Auxiliar	Uriel G.
2	Carlos Vela	1013.604.193	Auxiliar	
3	Wilson Ibarra Leo	1023887655	Ayudante	Wilson Ib
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Fiduciaria Sede C	FECHA:	28-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Luengas	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Disposicion de Madera.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Ulker G.	5083626	Auxiliar	
2	Carlos Ulci	1.072.600.197	Auxiliar	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2026

LUGAR / PROYECTO:	IED Francisco Jose A.	FECHA:	6-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Luengas	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Que es la seguridad en el lugar de trabajo	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Javdy Lambreño	1104011403	coey	
2	Geerson Rojas	1306750	auxilia	
3	JOSE Salamanca	74754786	pulidor	
4	Wilson Lobo	1023883655	boss	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTQHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco de A.	FECHA:	8-4-26
INSTRUCTOR:	Juliana Zuluaga	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Componentes clave de la seguridad	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Gregorio Ramirez	1130687860	auxiliar	
2	Jeudy Cumbarico	1104041403	aux	Jeudy
3	Jose Salamanca	74754796	policia	
4	Wilson Ilcedo	1022943655	Aux.	Wilson Ll.
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSTRUCCIÓN	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Figueiro Sede A.	FECHA:	10-4-26
INSTRUCTOR:	Diviana Jaramillo	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Preparacion y Respuesta frente a emergencias	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jonathan Ramirez	1130678a	auxiliar	
2	Youdy Lombrano	1104011403	aux	Youdy
3	JAS E Soluciones	7+75+781	publicidad	Jas
4	Wilson Mesa	1023803665	Jefe	Wilson
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
CONSTRUCTIA		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO	Francisco de A	FECHA:	13-4-26
INSTRUCTOR	Daniel Lerma	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Induccion.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Daniel Quintero	1013585704	Tecnico	Daniel Quintero
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTOHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco Dede A	FECHA:	14-4-26
INSTRUCTOR:	Diana Longa.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Prevencion Incendios.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Cristian Palacio	1136878	auxiliar	
2	Pedro Gonzalez	84464-637	oficios	Pedro G
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco Sede A.	FECHA:	16-4-26
INSTRUCTOR:	Oficina Juanes	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Jornadas Comicos	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Cristian Rivero	1136725	auxiliar	
2	Pedro Gonzalez	8968632	Oficial	Pedro Gonz
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco Pede A	FECHA:	18-4-26
INSTRUCTOR:	Diviano Luengo	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Intoxicacion Quimicos.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otra: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Cesenaro Rosales	1730678c	auxiliar	
2	Pedro Gonzalo	8046637	Oficia	Pedro G
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francisco Sede A.	FECHA:	21-4-26
INSTRUCTOR:	Diuvanca Jaramillo A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Proteccion de los pies.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Anatto Raz Toros.	79206157.	Oficial	
2	Jonhan Rebas Rojas Medina	1017414169	Ayudante	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Francia Sede A.	FECHA:	23-4-26
INSTRUCTOR:	Quiroga Arango A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Congelacion.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Arnulfo Ros Tovar.	7926157	oficial	
2	Sandra Lorena Rojas Muñoz	1014411159	AX soldada.	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Gonton Cortes.	FECHA:	14-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Luengas.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Plano	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Heber Rodriguez	80.238538	Oficial	Heber Rodriguez
2	Jhon Y Ellis	79923978	Of.C.61	Jhon Y Ellis
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Gaitan Cortes.	FECHA:	6-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Arango.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Induccion Ingreso	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Helber Rodriguez	80.234.538	Oficial	Helber Rodriguez
2	Jhon Elga	79783478	oficial	Jhon Elga
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO	Gaitan Cotes	FECHA	20-4-26
INSTRUCTOR	Viviana Arango	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Oidan y ooro en el colegio	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Oraan y Enbo Aasta	79923478	oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Gaitan Cortes	FECHA:	21-4-26
INSTRUCTOR:	Duvian Burgos A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Induccion	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Andres Rodrigue	1000716106	oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Gaitan Cortes.	FECHA	22-4-26
INSTRUCTOR:	Juliana Arango A.	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Intoxicacion con plomo	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Brandon Rodriguez	1000776106	OFICIAL	Brandon
2	Cristian Ramirez	1118220724	Ayudante	Cristian Ramirez
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO SS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Gualan Cotes.	FECHA:	29-04-20
INSTRUCTOR:	Viviana Arango.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Inducción	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jeferson Carlos Ortiz	79495707	Soldador	
2	Brayan Esteban Tapia Duarte	1082674832	Ayudante	
3	Diego Fernando Cuervo	80.821.166	ayudante	
4	Oscar Pinzon	1122[illegible]4	ayudante	
5	Brandon Rodriguez	1000776108	OFICIAL	
6	Andres Rodriguez	1000776107	oficial	
7	Pedro Gonzalez	1073[illegible]33	Empleado	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	29-26-2026

LUGAR / PROYECTO:	Gaitan Cortes.	FECHA:	30-4-26
INSTRUCTOR:	Bivanca Zarate.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Seguridad con Peotricidad.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jair Manuel Cuba Ariz	79495307	Soldador	
2	Brayan Esteban Tapia Duarte	1000670832	Ayudante	
3	Diego Fernando Garzón	80904166	ayudante	
4	[illegible]	1010160774	ayudante	
5	Brandon Rodriguez	1000771101	OFICIAL	
6	Andres Rodriguez	1000776107	oficial	
7	Pedro Gonzalez	1031 [illegible]	Encargado	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	IED Rodrigo Lloras.	FECHA:	20-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Arenas A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Conciencia ambiental	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Wilson Noa	1023883655	Aux	Wilson N.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	25-05-2023

LUGAR / PROYECTO:	IED Rodolfo Llinas.	FECHA:	22-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Lengron.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Primeros Auxilios - Desmayos.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Wilson Mesa	1023[illegible]633	Dir	Wilson M.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Rodolfo Llinas.	FECHA:	24-6-26
INSTRUCTOR:	Cristina Luengo A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Extintores	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	William Noya	1023[illegible]3532	Aux	William N.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Alegra.	FECHA:	6-4-26
INSTRUCTOR:	Oficina Energia A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Indocion Ingreso Energia.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Alfredo Guejia	8027-364	Of Electr.	
2	Berth Flores.	5733294	Electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Ortega.	FECHA:	24-26
INSTRUCTOR:	Viviana Arango A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Comprender los procedimientos de evacuacion.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Orlando Guzman	80240364	Tec. Electr.	
2	Oscar Flores	5733294	Electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2024

LUGAR / PROYECTO:	magdalena Ateca.	FECHA:	10-4-26
INSTRUCTOR:	Diviana Vargas A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
designar solidado de emergenc	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Alexander Garcia	80220364	Tecnico	
2	Erick Flores	5733294	electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTSHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2020

LUGAR / PROYECTO:	IED Magdalena Ortega.	FECHA	11-9-26
INSTRUCTOR	Duarte Luengas	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Quemaduras en la piel	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	[illegible]	1.014.031.328	Oficial	
2	[illegible]	79478 249	OF	
3	[illegible]	1014141159	Aux Administrativo	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-008
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-04-2025

LUGAR / PROYECTO	Magdalena Alegra	FECHA	2025-26
INSTRUCTOR	Diana Londoño	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Investigacion AT	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Johan Alexis Arrospide Piedrahita	1077031328	Operario	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2026

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Ortega	FECHA:	22-4-26
INSTRUCTOR:	Yuvana Luneja	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Flexion lesiones Columna.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexey Hernandez Piedrahita	1.079.037.333	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTSHU-006
CONSTRUCTO		VER: 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Ortega	FECHA:	21-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Zuñiga A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Alarma por monoxido Carbono	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Ana Mercy Hernandez Piedrahita	1011031338	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Ortega	FECHA:	27-4-26
INSTRUCTOR:	Oscar Arroyo	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Seguridad en Control de Vencros	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Oscar Alvarez P.	80014603.	Soldador	
2	Jhon Alexey Hernandez Piedrahita	1.019.037328	Ayud.	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSTRUCTIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-008
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-04-2026

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Alegra	FECHA:	28-4-26
INSTRUCTOR:	Adriana Luengas	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Proteccion de la piel	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexis Hernandez Piedrahita	1.079.037.328	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Magdalena Ortega	FECHA:	30-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Noreña.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Restricciones, Tropezones y caidas	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jhon Alexy Hernandez Piedrahita	1.079.037.398	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2026

LUGAR / PROYECTO:	Jmon Bolivar.	FECHA:	7-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Arenas A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Indoccion.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jefferson Soriano Cadena.	1024555679.	Tec. Electrico.	
2	Javier Quintero	5089624	Ayudante	
3	Diego Salcedo	1140833...	Aux Elec.	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2025

LUGAR / PROYECTO:	Juan Bolivar	FECHA:	13-4-26
INSTRUCTOR:	Duvan Tenorio	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Seguridad Cola Tierra Electrica.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jonatan Gomez Miranda	1.069.729.017	oficial	Jonatan Gomez M.
2	VIEGO TORRES	3.127.881	Ayudante	Viego Torres
3	Carlos Alberto Velez T.	1.073.600.197	Auxiliar	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-009
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Simon Bolivar.	FECHA:	15-4-26
INSTRUCTOR:	Rivadeneira Lenguo A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Primeros Auxilios.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jonatan Javier Miranda	1.069.729.077	Oficial	
2	DIEGO TORRES	3127681		
3	Carlos Alberto Velez T.	1.073.600.197	Auxiliar	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-05-2026

LUGAR / PROYECTO:	Jorge Bolivar	FECHA:	17-4-26
INSTRUCTOR:	Oficial Campos	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Peligros Excavación	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jonatan Gomez Miranda	1069.729.097	Oficial	
2	Diego Ramirez	3.127.081	Ayud.	
3	Carlos Alberto Uribe T.	1.073.508.193	Auxiliar	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Simon Bolivar.	FECHA:	21-4-26
INSTRUCTOR:	Oviares Lerroga.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Boba y Conducir.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	DIEGO TORRES	3127681	Auxiliar	Diego Torres.
2	Carlos Velez	1077600.197	Auxiliar	Carlos Velez
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Jardín Bolívar.	FECHA:	23-4-26
INSTRUCTOR:	Bianca Zuñiga.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Seguridad en tableros.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	DIEGO TORRES	3127681	Ayud. 4	
2	Carlos Ucles	1.093.600.197	Auxiliar	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Simon Bolivar.	FECHA:	25-4-26
INSTRUCTOR:	Oficios Varios	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Riesgo electrico	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Diego Torres	3,27681	Buzo.	
2	Carlos Ulcl	1013 606 197	Auxiliar	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Jamon Bolivar -	FECHA:	30-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Jaramillo.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Levantamiento de objetos	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jaredy Lambreño	1CM011403	ayu	
2	Carlos Soler	1073.600.194	obra	
3	Diego Galeano	1093515538	Ay obra	
4	Manuel Cata	1033893913	obra	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Jaron Bolivar.	FECHA:	28-4-26
INSTRUCTOR:	Oscar Lango.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Cables de electricidad	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jexuley Lambruno	1104011403	coy	
2	Carlos Valer	1093.602.193	obra	
3	[illegible]	[illegible]	Ac obra	
4	Misael Ortiz	1233893713	OC	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	26-26-2028

LUGAR / PROYECTO:	Amoa Bolivar.	FECHA:	27-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Jerongo.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Inhabilidad psicoactivas de Humo	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jandy Hernandez	1104011403	exey	Jandy
2	Carlos Uribe	1073.600.197	obra	Carlos Uribe
3	Sebastian Garcia R	1000001369	AUT	Sebastian
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	ICD Simon Bolivar	FECHA:	7-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Tuberquia	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Comunicacion de peligros	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Carlos Alberto Valencia	1.037.600.162	Auxiliar	
2	Diego Alejandro Pachon Rami	8.276.81	Auxiliar	
3	Jaidy Cambronero	1104011403	Aux	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	26-28-2024

LUGAR / PROYECTO:	IED Simon Bolivar	FECHA:	9.4.26
INSTRUCTOR:	Oviana Luengas	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Comunicacion Eficaz	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Carlos Alberto Ochoa L.	1.073.608.137	Auxiliar	
2	Jaudy Lombroso	1104011703	coy	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	IED Simon Bolivar	FECHA:	10-4-26
INSTRUCTOR:	Diviana Lorenzo A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Fichas de datos de seguridad de acido Quimico	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Carlos Alberto Vda T.	1073.600.193	Auxiliar	
2	Diego Fernando Pulido T.	3167881	Auxiliar	
3	Jaudy Cumbreros	1104011403	coor	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGASU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	26-28-2025

LUGAR / PROYECTO	Tobara	FECHA	6-4-24
INSTRUCTOR	Viviana Zarate	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Distraccion Con el Celular	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexis Hernandez Pastrana	1.019.037.328	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Tabaco	FECHA:	9-4-24
INSTRUCTOR:	Virginia Jaramillo A.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Protección Social	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexey Hernandez Piedrahita	1014183338	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-008
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2026

LUGAR / PROYECTO:	Tarqui	FECHA:	22-4-26
INSTRUCTOR:	Vinicio Arango	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Proteccion Barco y Manos	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Alfredo Cangor	80270364	Electr	
2	Erick Flores	5733294	electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2021

LUGAR / PROYECTO:	Tocancipá	FECHA:	23-4-26
INSTRUCTOR:	Viviana Borrego	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Herramientas manuales	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Alfredo Carrión	80270346	Elect	
2	Ariel Flores	5933294	electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	Tarqui cyca	FECHA:	25-4-26
INSTRUCTOR:	Dusland Lerages	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Proteccion para la Cabeza	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Alfredo Gaviria	80270364	Elect	
2	Erick Flores	5733294	Electricista	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-08-2024

LUGAR / PROYECTO:	IED Taquilaza	FECHA:	23-4-26
INSTRUCTOR:	Oviedo Iedrgo	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Agotamiento por calor.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jhon Alexy Hernandez Piedrahita	1074037398	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO	JED Tarqui 9 de Octubre	FECHA	29-4-26
INSTRUCTOR	Diana Iturralde	HORA	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Ataque de Calor.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Ana Alexandra Hernandez Pichahita	1019.037.323	Opicial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

structor:

ma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2025

LUGAR / PROYECTO:	I.E.D Tominigua.	FECHA:	30-4-26
INSTRUCTOR:	Brigada Bomberos.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Seguridad con Escaleras	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Ilsa Alexey Hernandez Piedrahita	1.079.037.325	Oficial	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Observaciones:

Instructor:

Firma: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-26-2025

LUGAR / PROYECTO:	Tarqui	FECHA:	6-4-26
INSTRUCTOR:	Oviedo Lenys.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Peligros potenciales asociados.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Juan Alexis Hernandez Piedrahita	1019037388	Opicial	
2	Alex Garrido	79476205	OF	
3	Jonathan Felipe Rojas Mo	1012414159	Aux soldado.	
4	Arnulfo Zoc Tomas.	79206107	Oficial	
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				

servaciones:

tructor:

ma:

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2028

LUGAR / PROYECTO:	Tarqui	FECHA:	7-4-26
INSTRUCTOR:	Duvan Arley Gonzalez	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
la maganaria y el riesgo inherente.	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jhon Alexy Gonzalez Pachecho	1074037328	Oficial	
2	Duvan Arley Gonzalez	794-78205	Of	
3	Sandra Yolima Reyes Ste	1012411159	Aux Soldador	
4	Arnulfo Roa Tarazi	79106157	oficial	
5				
6				
7				

Observaciones:

Instructor:

Firma:

CONSORCIO	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FTGHU-006
		VER. 1
	LISTA DE ASISTENCIA	28-28-2028

LUGAR / PROYECTO:	Tocaviga.	FECHA:	9-4-26
INSTRUCTOR:	Diviana Arango.	HORA:	

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD
Proteccion Adecuado de la maquina	Inducción ☐ Capacitación ☐ Otro:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
	Jhon Alexey Hernandez Piedrahita	1.079.057.328	Oficial	
	Jonathan Fabian Rojas Mer	1012414139	Ayudante	
	Angelo Rios Tenorio.	79706157	Oficial	

Observaciones:

Instructor:

Firma:

Powered by CamScanner

ANEXO 11

FICHA DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS Y EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS
Resolución 4272 De 2021 - Titulo IV. Capítulo 1; Artículo 61.

ESLINGA PARA TRABAJO EN ALTURAS

USUARIO	**PODA Y TALA DEL NORTE**	**Calle 13 # 18q - 91 Bogotá**

FABRICANTE	**DINAMIK**
MODELO / LOTE	D105774
SERIAL	6189474
COLOR	amarillo - negro
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	ESLINGA EN Y DE POSC. DE 4 Mts, cuerda 13mm
NORMATIVIDAD	ANSI Z133-2017 / en 1891-1998
FECHA DE FABRICACIÓN	OCTUBRE DE 2022
FECHA INSPECCIÓN	ABRIL 24 DE 2025
FECHA PROXIMA INSPECCIÓN	ABRIL 24 DE 2026
DESTINO DE EQUIPO	EQUIPO QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL EQUIPO DE TRABAJO EN ALTURAS PARA PODA

INSPECCIÓN ACCESORIOS

Si no presenta ningún desgaste por utilización, cortes, manchado por productos químicos, hilos sueltos, enganches metálicos con deformaciones corrosión, deformaciones, fisuras, torsiones, califique como Ok)

ESTADO DEL EQUIPO PARA SERVICIO

Legibilidad De Marcación (Etiquetas)	**ok**
Cintas Y Correas	ok
Conectores (PUNTOS DE ENGANCHE DE CIERRE, UNIONES)	ok
Anillos En D	ok
Elementos De Metal	ok
Ganchos De Seguridad	ok
Cierres Seguros	ok
Almacenamiento	ok





APTO PARA CONTINUAR EN SERVICIO	
NO APTO PARA CONTINUAR EN SERVICIO	

Realizar mantenimiento preventivo, cumplir con las condiciones de almacenamiento del fabricante.
Almacenar el equipo en un lugar limpio, en un ambiente seco, limpio, libre de incidencia de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado. excesiva
Verificar que la persona que lo utiliza debe ser una persona competente para trabajo en alturas.

EMPRESA CERTIFICADORA	**HSEQ RISK ASSESSMENT S.A. S**
INSPECTOR DE MARCA	**ALFONSO FERNEY RUBIANO MARTÍNEZ**
IDENTIFICACIÓN Y/O CERTIFICADO DE MARCA	**1.121.870.837**

FICHA DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS Y EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS
Resolución 4272 De 2021 - Titulo IV. Capítulo 1; Artículo 61.

LINEA DE VIDA PARA TRABAJO EN ALTURAS

USUARIO	**PODA Y TALA DEL NORTE**	**Calle 13 # 18q - 91 Bogotá**

FABRICANTE	**SWINLINE FALL PROTECTION**
LOTE / SERIAL	11651 / 09
COLOR	BLANCO / NEGRO
FECHA DE INSPECCIÓN	ABRIL 24 DE 2025
FECHA DE FABRICACIÓN	Enero 2023
FECHA PROXIMA INSPECCIÓN	ABRIL 24 DE 2026
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	Cuerda de 13mm, 40 metros, para ser utilizada en el acceso mediante cuerda, en todo tipo de sujeción y retención en puntos de trabajo en poda.

INSPECCIÓN ACCESORIOS – CUERDA DE TRABAJO

Si no presenta ningún desgaste por utilización, cortes, manchado por productos químicos, hilos sueltos, enganches metálicos con deformaciones corrosión, deformaciones, fisuras, torsiones, califique como Ok)

ESTADO DEL EQUIPO PARA SERVICIO

LEGIBILIDAD DE MARCACIÓN (ETIQUETAS)	OK
VIDA UTIL DE LA CUERDA	OK
COSTURAS	OK
LONGITUD DE LA CUERDA	OK
MARCADO DE LA CUERDA	OK
ALMACENAMIENTO	OK



APTO PARA CONTINUAR EN SERVICIO	
NO APTO PARA CONTINUAR EN SERVICIO	

Realizar mantenimiento preventivo, cumplir con las condiciones de almacenamiento del fabricante.
Almacenar el equipo en un lugar limpio, en un ambiente seco, limpio, libre de incidencia de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado. excesiva
Verificar que la persona que lo utiliza debe ser una persona competente para trabajo en alturas.

EMPRESA CERTIFICADORA	**HSEQ RISK ASSESSMENT S.A. S**
INSPECTOR DE MARCA	**ALFONSO FERNEY RUBIANO MARTÍNEZ**
IDENTIFICACIÓN Y/O CERTIFICADO DE MARCA	**1.121.870.837**

Revisión del EPI

Ficha de revisión

• **Además de las revisiones habituales después de cada utilización, regularmente, un EPI debe ser objeto de una revisión en profundidad, realizada por una persona competente.** Petzl recomienda una revisión cada 12 meses y después de cualquier circunstancia excepcional en la vida útil del producto.
• **La revisión de un EPI se debe realizar con la ficha técnica proporcionada por el fabricante.** Descargar la ficha técnica en PETZL.COM.

ARNESES PARA TRABAJO

Identificación del usuario

Nombre y apellidos	PODA Y TALA DEL NORTE S.A.S
Dirección	Calle 13 No 18Q 91
Identificador	730 SEQUOIA

Identificación del EPI

Modelo	SEQUOIA
Número de serie	17A0058730
Año de fabricación	Enero de 2017
Fecha de compra	Febrero de 2017
Fecha de la 1ª utilización	Marzo de 2017

Fabricante: Petzl, ZI Cidex 105A - 38920 Crolles - Francia

Buen estado (B)	Estado a vigilar (V)	Acción a efectuar (R)	No utilizar, desechar (D)	N/A
				No aplicable

1. Antecedentes conocidos del producto
Condiciones de uso o acontecimiento excepcional durante la utilización (ejemplos: caída o detención de una caída, utilización o almacenamiento a temperaturas extremas, modificación fuera de los talleres del fabricante):

Equipo asignado para trabajo seguro en alturas (PODA)

	B	V	R	D	N/A
2. Observaciones previas • Compruebe la presencia y la legibilidad del número de serie y del marcado CE. • Compruebe que no se haya superado la vida útil del producto. • Compare con un aparato nuevo la ausencia de modificación o pérdida de un elemento.	◉	○	○	○	○
3. Revisión del estado de las cintas • Controle los cortes, aumentos de grosor, daños y desgastes debidos, por ejemplo, a la utilización, al calor, a los productos químicos. Controle las cintas del cinturón, perneras, unión perneras/cinturón y tirantes si los hay. No olvide las zonas escondidas por las hebillas y los puntos de enganche. • Compruebe el estado de las costuras de seguridad (por encima/por debajo). Detecte cualquier hilo flojo, desgastado o cortado. Las costuras de seguridad son identificables por ser de hilos de colores diferentes a los de la cinta. • Compruebe la presencia de los dobladillos en las puntas de las cintas.	◉	○	○	○	○
4. Revisión de los indicadores de detención de caída • En las versiones internacionales de los modelos de los arneses NAVAHO, NEWTON, AVAO, ASTRO y VOLT: compruebe el indicador de detención de caída dorsal. • En la versión europea de los modelos de arneses VOLT: compruebe las costuras de la cinta del punto de enganche LADDER CLIMB.	◉	○	○	○	○
5. Revisión de los puntos de enganche • Compruebe el estado de los puntos de enganche metálicos (ausencia de deformaciones, fisuras, marcas, desgastes, corrosión). • Compruebe el estado de los puntos de enganche plásticos (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros). • Compruebe el estado de los puntos de enganche textiles (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros).	◉	○	○	○	○
6. Revisión del estado de las hebillas de regulación • Compruebe el estado de las hebillas de regulación FAST (ausencia de deformaciones, fisuras, marcas, desgastes, corrosión). • Compruebe el estado de las hebillas de regulación DOUBLEBACK (ausencia de deformaciones, fisuras, marcas, desgastes, corrosión). • Compruebe que las cintas están pasadas correctamente (sin torsiones). • Compruebe el correcto funcionamiento de las hebillas.	◉	○	○	○	○
7. Revisión del estado de los elementos de confort • Compruebe el estado de los acolchados del cinturón, perneras y tirantes (por ejemplo, cortes, desgaste, desgarros). • Controle el estado de los elásticos de las perneras (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros). • Controle el estado de las trabillas elásticas y/o plásticas (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros). • Controle el estado de los anillos portamaterial (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros).	◉	○	○	○	○
8. Revisión del estado del conector torso/arnés de asiento (si hay uno) • Para revisar los conectores, consulte la ficha de revisión correspondiente a su modelo de conector en Petzl.com. • Si el arnés presenta un conector de unión torso/arnés de asiento, compruebe que está presente. • Compruebe que el conector sea del modelo correcto y que esté correctamente conectado al arnés. • Punto de enganche con cierre: compruebe la presencia y el correcto apretado de los tornillos del punto de enganche con cierre.	◉	○	○	○	○
9. Revisión del estado del bloqueador CROLL (si hay uno) • Para revisar el bloqueador, consulte la ficha de revisión correspondiente a su bloqueador en Petzl.com.	◉	○	○	○	○
10. Caso particular del arnés SEQUOIA/SEQUOIA SRT • Compruebe el estado del puente de enganche textil (por ejemplo, cortes, desgastes, desgarros). Para los puentes de enganche de cuerda, asegúrese de que la cuerda no presenta ningún corte, quemadura, hilos deshilachados, zonas despeluchadas o rastros de productos químicos, por ejemplo. • Compruebe el estado de los anillos con cierre (ausencia de deformaciones, fisuras, marcas, desgastes, corrosión). Compruebe la presencia y el correcto apretado del tornillo.	◉	○	○	○	○
11. Caso particular de los NEWTON HI-VIZ • En las versiones HI-VIZ, controle el estado del chaleco HI-VIZ y de las bandas reflectantes (por ejemplo, cortes, desgaste, decoloración).	◉	○	○	○	○

Comentarios (detalle aquí los defectos encontrados en el producto y acciones realizadas)

Realizar mantenimiento preventivo, cumplir con las condiciones de almacenamiento del fabricante. Almacenar el equipo en un lugar limpio, en un ambiente seco, limpio, libre de incidencia de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado. Verificar que la persona que lo utiliza debe ser una persona competente para trabajo en alturas.

VEREDICTO

◉ Producto **apto** para ser utilizado
○ Producto **no apto** para ser utilizado

Revisado por	GUILLERMO MAURICIO ANZOLA CIPAMOCHA
Empresa	HSEQ RISK ASSESSMENT S.A.S
Fecha	Diciembre 2 de 2024
Fecha de la próxima revisión	Diciembre 2 de 2025

Revisión del EPI

Ficha de revisión

• **Además de las revisiones habituales después de cada utilización, regularmente, un EPI debe ser objeto de una revisión en profundidad, realizada por una persona competente.** Petzl recomienda una revisión cada 12 meses y después de cualquier circunstancia excepcional en la vida útil del producto.
• **La revisión de un EPI se debe realizar con la ficha técnica proporcionada por el fabricante.** Descargar la ficha técnica en PETZL.COM.

ZIGZAG

Identificación del usuario

Nombre y apellidos	PODA Y TALA DEL NORTE S.A.S
Dirección	Calle 13 No 18Q 91
Identificador	3221 zigzag

Identificación del EPI

Modelo	ZIGZAG PLUS
Número de serie	20J280183221
Año de fabricación	Octubre de 2020
Fecha de compra	Noviembre de 2020
Fecha de la 1ª utilización	Diciembre de 2020

Fabricante: Petzl, ZI Cidex 105A - 38920 Crolles - Francia

Buen estado (B)	Estado a vigilar (V)	Acción a efectuar (R)	No utilizar, desechar (D)	N/A
				No aplicable

1. Antecedentes conocidos del producto
Condiciones de uso o acontecimiento excepcional durante la utilización (ejemplos: caída o detención de una caída, utilización o almacenamiento a temperaturas extremas, modificación fuera de los talleres del fabricante):

Equipo asignado para trabajo seguro en alturas (PODA)

	Buen estado (B)	Estado a vigilar (V)	Acción a efectuar (R)	No utilizar, desechar (D)	N/A
2. Observaciones previas • Compruebe la presencia y la legibilidad del número de serie y del marcado CE. • Compruebe que no se haya superado la vida útil del producto. • Compare con un aparato nuevo la ausencia de modificación o pérdida de un elemento.	◉	○	○	○	○
3. Revisión de la palanca de desbloqueo • Compruebe el estado de la palanca de desbloqueo (marcas, deformación, suciedad, fisuras...). • Compruebe el desgaste provocado por el paso de la cuerda. • Si el desgaste es pronunciado, realice la prueba de bloqueo con cuerda detallado en la etapa 8. • Compruebe la eficacia del muelle de retorno. Repita la prueba unas diez veces.	◉	○	○	○	○
4. Revisión de la cadena de bloqueo • Compruebe el estado de los elementos de la cadena de bloqueo: - Remaches (fisuras, deformación, corrosión...). - Eslabones (fisuras, deformaciones, corrosión, suciedad...). - Palanca de bloqueo (deformación, desgaste, corrosión, suciedad...). - Barriletes (deformación, desgaste, corrosión, suciedad...). • Compruebe que la cadena de bloqueo se despliega libremente y se pliega completamente. Si es necesario, limpie con agua y jabón y lubrique ligeramente (ej. polvo de grafito). • Realice un control individual de cada eslabón para comprobar la ausencia de puntos duros en su rotación.	◉	○	○	○	○
5. Revisión del cuerpo • Compruebe el estado del cuerpo y de los remaches (marcas, deformaciones, fisuras, corrosión, ausencia de holgura...). • En el ZIGZAG anterior al 2019, compruebe en el cuerpo el desgaste de los topes de la cadena de bloqueo. Vigile la aparición de aristas agresivas que podrían dañar la cuerda. Si es necesario, redondee las zonas cortantes con tela esmeril de grano fino. • Antes de desmontar el conector, compruebe que siempre permanece bien sujeto por el casquillo de sujeción del orificio del retorno de cuerda. • Compruebe el estado del casquillo de sujeción (deformaciones, fisuras, cortes...). Atención a no lubricar esta zona que debe permanecer seca para sujetar el conector. • Compruebe el desgaste provocado por el conector en los bordes del orificio de conexión. • Compruebe el estado de la pieza plástica, en particular al nivel del paso de cuerda. El desgaste del plástico puede dejar a la vista el remache metálico. Dé de baja el ZIGZAG si este remache también empieza a estar desgastado.	◉	○	○	○	○
6. Revisión de la roldana y del eslabón giratorio • Compruebe el estado de la roldana (marcas, deformación, corrosión, ausencia de cuerpos extraños...). • En el ZIGZAG anterior al 2019 y el ZIGZAG PLUS, compruebe el estado del eslabón giratorio (fisuras, deformaciones...). • Compruebe que la roldana gire libremente. • Compruebe el libre movimiento del eslabón giratorio y la ausencia de holgura entre el eslabón giratorio y el cuerpo (si es necesario, lubrique con polvo de grafito).	◉	○	○	○	○

7. Revisión del alineamiento de los elementos • Coloque el ZIGZAG frente a usted, sujetándolo por la palanca de desbloqueo, con la cadena desplegada. Observe el alineamiento de los elementos de la cadena y del cuerpo.	◉	○	○	○	○
8. Revisión funcional: bloqueo de la cuerda y desbloqueo bajo carga Utilice los diferentes diámetros de cuerda recomendados por el fabricante (11,5 a 13 mm). Instale el ZIGZAG en configuración de trabajo (en doble), suspéndase a muy poca altura. • Estando suspendido del ZIGZAG en doble, debe quedar perfectamente bloqueado. • Compruebe que el ZIGZAG desliza hacia arriba al tirar del cabo de cuerda libre que sale del aparato. • Compruebe que el apoyo sobre la palanca de desbloqueo permite una circulación fluida y controlada de la cuerda.	◉	○	○	○	○
9. Revisión del CHICANE • Compruebe el estado de la empuñadura, del cuerpo y de la placa lateral móvil (marcas, deformaciones, fisuras, corrosión...). • Compruebe el estado del orificio de conexión al ZIGZAG (desgaste, marcas, fisuras), la presencia y el estado del casquillo de sujeción del conector. • Compruebe el estado de los botones de apertura (marcas, desgaste, suciedad), y compruebe el cierre correcto de la placa lateral móvil. • Compruebe la articulación entre la empuñadura y el cuerpo, así como la eficacia del muelle de retorno. • Compruebe el apriete y el estado de los ejes de rozamiento (desgaste, deformaciones, corrosión). Si es necesario gire los ejes o reemplácelos.	◉	○	○	○	○

Comentarios (detalle aquí los defectos encontrados en el producto y acciones realizadas)

VEREDICTO

- ◉ Producto **apto** para ser utilizado
- ○ Producto **no apto** para ser utilizado



Revisado por	GUILLERMO MAURICIO ANZOLA CIPAMOCHA		
Empresa	HSEQ RISK ASSESSMENT S.A.S		
Fecha	Diciembre 2 de 2024	Fecha de la próxima revisión	Diciembre 2 de 2025

	FICHA DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS Y EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS **Resolución 4272 De 2021 Titulo IV. Capítulo 1; Artículo 61.**	**CÓDIGO: FT-SST-16** **VERSIÓN: 1** **FECHA: 01/02/2025**

USUARIO:	**PODA Y TALA DEL NORTE**	**DIRECCIÓN PRINCIPAL**	**Calle 13 # 18q - 91 Bogotá**
PRESINTO INSERCOR		**INSPECCIÓN No.**	**247071569**
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS			
MARCA:	**PETZL**	**EQUIPO**	**ARNÉS**
REFERENCIA / MODELO:	AVAO	**COLOR**	NEGRO-AMARILLO
SERIE	20L0290649517	**LOTE**	20L0290649517
FECHA FABRICACIÓN	Diciembre de 2020	**NORMA**	ANSI Z459.1,
FECHA INSPECCIÓN	Agosto 12 de 2025	**PROXÍMA INSPECCIÓN**	**Agosto 12 de 2026**

ESTADO DEL EQUIPO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS PARA SERVICIO POR PARTE DEL USUARIO

*El equipo debe ser usado solamante por el personal autorizado.

*Todos los equipos deben ser inspeccionados visualmente antes de cada uso.

*No se deben maltratar los equipos de SPCC

OBSERVACIONES	**REGISTRO FOTOGRAFICO**
Legibilidad del número y serie del marcado CE, Vida util del equipo, Compare con un aparato nuevo la ausencia de modificación o pérdida de un elemento	
. Revisión del estado de las cintas • Controle los cortes, aumento de grosor, daños y desgastes debidos a la utilización, al calor, a los productos químicos. Controle las cintas del cinturón, perneras, unión perneras/cinturón y tirantes si los hay. No olvide las zonas escondidas por las hebillas y los puntos de enganche. • Compruebe el estado de las costuras de seguridad (por encima/por debajo). Detecte cualquier hilo flojo, desgastado o cortado. Las costuras de seguridad son identificables por ser de hilos de colores diferentes a los de la cinta.	
Revisión de los puntos de enganche • Compruebe el estado de los puntos d+A27+A21:H26+A21:H27+A27+A21:H26+A19:J28+A21:H27	
Revisión del estado de las hebillas de regulación • Compruebe el estado de las hebillas de regulación DOUBLEBACK (marcas, fisuras, desgastes, deformaciones, corrosión...). • Compruebe el estado de las hebillas de regulación FAST (marcas, fisuras, desgaste, deformaciones, corrosión...). • Compruebe que las cintas están pasadas correctamente (sin torsiones). • Compruebe el correcto funcionamiento de las hebillas.	
Revisión del estado de los elementos de confort • Compruebe el estado de los acolchados del cinturón, perneras y tirantes (cortes, desgaste, desgarros...). • Controle el estado de las trabillas elásticas y/o plásticas (cortes, desgastes, desgarros...). • Controle el estado de los elásticos de las perneras (cortes, desgastes, desgarros...). • Controle el estado de los anillos portamaterial (cortes, desgastes, desgarros...).	
Revisión del estado del conector torso/arnés de asiento (si hay uno) • Para revisar los conectores, consulte la ficha de revisión correspondiente a su modelo de conector en Petzl.com. • Punto de enganche con cierre: compruebe la presencia y el correcto apretado de los tornillos del punto de enganche con cierre. • Si el arnés presenta un conector de unión torso/arnés de asiento, compruebe que está presente. • Compruebe que el conector sea del modelo correcto y que esté correctamente conectado al arnés.	
. Revisión del estado del bloqueador CROLL (si hay uno) • Para revisar el bloqueador, consulte la ficha de revisión correspondiente a su bloqueador en Petzl.com.	
Caso particular del arnés SEQUOIA/SEQUOIA SRT • Compruebe el estado del puente de enganche textil (cortes, desgastes, desgarros...). Para los puentes de enganche de cuerda, asegúrese de que la cuerda no presenta ningún corte, quemadura, hilos deshilachados, zonas despeluchadas o rastros de productos químicos... • Compruebe el estado de los anillos con cierre (marcas, fisuras, desgastes, deformaciones, corrosión...). Compruebe la presencia y el correcto apretado del tornillo.	
Caso particular de los NEWTON HI-VIZ • En las versiones HI-VIZ, controle el estado del chaleco HI-VIZ y de las bandas reflectantes (cortes, desgastes, decoloraciones...).	

MARCAR SI EL EQUIPO ES APTO O SE RETIRA DEL SERVICIO

APTO	✔	**NO APTO (RETIRAR DEL SERVICIO)**	
OBSERVACIÓN	Realizar mantenimiento preventivo, cumplir con las condiciones de almacenamiento del fabricante equipo en un lugar limpio, en un ambiente seco, limpio, libre de incidencia de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado. Verificar que la persona que lo utiliza debe ser una persona competente para trabajo en alturas.		
DILIGENCIO		**INSPECTOR DE MARCA**	
HSEQ RISK ASSESSMENT S.A.S		 **GUILLERMO MAURICIO ANZOLA CIPAMOCHA**	
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo 7813 de 2022		**79.561.060 /**	

	FICHA DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS Y EQUIPOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS **Resolución 4272 De 2021 Titulo IV. Capítulo 1; Artículo 61.**	**CÓDIGO: FT-SST-16** **VERSIÓN: 1** **FECHA: 01/02/2025**

USUARIO:	**PODA Y TALA DEL NORTE**	**DIRECCIÓN PRINCIPAL**	**Calle 13 # 18q - 91 Bogotá**
PRESINTO INSERCOR		**INSPECCIÓN No.**	**247071571**
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS			
MARCA:	**KORDES**	**EQUIPO**	**CUERDA 40 MTS -12,5 mm**
REFERENCIA / MODELO:	SEMIESTATICA KORDES	**COLOR**	NEGRO-AMARILLO
SERIE	2020-106557F-7109	**LOTE**	2020-106557F-7109
FECHA FABRICACIÓN	2022	**NORMA**	NFPA 1983
FECHA INSPECCIÓN	Agosto 12 de 2025	**PROXÍMA INSPECCIÓN**	**Agosto 12 de 2026**

ESTADO DEL EQUIPO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS PARA SERVICIO POR PARTE DEL USUARIO

*El equipo debe ser usado solamante por el personal autorizado.

*Todos los equipos deben ser inspeccionados visualmente antes de cada uso.

*No se deben maltratar los equipos de SPCC

OBSERVACIONES	**REGISTRO FOTOGRAFICO**
Legibilidad del número y serie del marcado CE, Vida util del equipo, Compare con un aparato nuevo la ausencia de modificación o pérdida de un elemento	
Revisión del estado de la funda Asegúrese de que no presenta ningún corte, quemadura, hilos deshilachados, zonas despeluchadas o rastros de productos químicos...	
Revisión del estado del alma • Realice un control táctil del alma, en toda la longitud de la cuerda, como se indica en el dibujo. Esto le permitirá detectar las zonas donde el alma está deteriorada (puntos duros, abultamientos, zonas blandas o aplastadas...).	
Revisión de las fundas plásticas y de los terminales cosidos • Compruebe el estado de las fundas plásticas (desgastes, cortes...). • Compruebe el estado de los terminales cosidos y de las costuras de seguridad (por encima/por debajo). Detecte cualquier hilo flojo, desgastado o cortado.	
Revisión de la longitud de la cuerda y de la mitad de la cuerda • Para controlar la longitud de la cuerda, siga los siguientes pasos: 1. Desenrolle completamente la cuerda. 2. Controle el marcado de la mitad de la cuerda. Existe un método muy fácil para encontrar la mitad de la cuerda: sujete juntas las dos puntas de la cuerda y, después, haga deslizar los dos cabos simultáneamente en sus manos hasta alcanzar la mitad de la cuerda. Si la cuerda tiene un marcado de mitad de la cuerda, compruebe que se encuentra en el lugar correcto. Si el marcado es OK, continúe con el paso siguiente. Si el marcado de la cuerda no está en el lugar correcto o si no tiene marcado de mitad de la cuerda, coloque una cinta adhesiva en la mitad de la cuerda para realizar la medición de la longitud de la cuerda. 3. Para finalizar la medición, tire de la cuerda y después afloje la cuerda. 4. Mida la longitud de la cuerda. Para ello, haga una marca de 1 m en una superficie plana (mesa o similar). Mida cada metro de cuerda con esta referencia haciendo pasar la cuerda hasta la mitad de la cuerda. Mida la mitad de la longitud de la cuerda y, a continuación, multiplique por dos el valor resultante para obtener la longitud total de la cuerda	

MARCAR SI EL EQUIPO ES APTO O SE RETIRA DEL SERVICIO

APTO	✓	**NO APTO (RETIRAR DEL SERVICIO)**	
OBSERVACIÓN	Realizar mantenimiento preventivo, cumplir con las condiciones de almacenamiento del fabricante equipo en un lugar limpio, en un ambiente seco, limpio, libre de incidencia de la luz solar, libre de sustancias químicas, vapores o cualquier otra sustancia que pueda afectar el buen estado. Verificar que la persona que lo utiliza debe ser una persona competente para trabajo en alturas.		

DILIGENCIO	**INSPECTOR DE MARCA**
HSEQ RISK ASSESSMENT S.A.S	**JUAN PABLO CARRILLO**
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo 7813 de 2022	**C.C. 1.024.535.772**

CCP SAS
TRABAJO EN ALTURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2019220000000047411 expedido el 13-11-2019, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO19.02200 del 14-08-2019. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

Hace Constar que:

VIVIANA PATRICIA LUENGAS AMAYA

Cédula de Ciudadanía 1019052718

Perteneciente a la Empresa: VIVIANA PATRICIA LUENGAS AMAYA con NIT: 1019052718 - 2, cuyo representante legal es el señor (a) VIVIANA PATRICIA LUENGAS AMAYA con C.C1019052718 /Afiliado a la ARL AXA COLPATRIA

Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Altura:

ROL ACTUALIZACION DE COORDINADOR EN ALTURAS

CON UNA INTENSIDAD DE (16) HORAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los (29) días del mes de enero de (2023)

LUIS GABRIEL FERNANDEZ O.
Entrenador trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No. 9450 del 18/07/2018 de la
Secretaría Distrital de salud de Bogotá

JOSE SOLANO ROJAS.
Representante legal CCP TRABAJO EN ALTURA SAS
LICENCIA EN S.O. No. 3962 del 07/04/2017 de la
secretaria Distrital de salud de Bogotá

AC-3668 -29/01/2023
CÓDGO FECHA

Calle 128bis No.93D-21- Tel. 311 498 10 95- 310 303 37 80 - (1) 942 3735 – ccptrabajoenalturas@gmail.com-Bogotá D.C.

Nota: Para verificar la validez del certificado ingresa a: www.ccpalturassas.com Menú-Consultar Certificados

GESPRESO SAS

ICONTEC INTERNACIONAL
Certificado No. CS-CER591271
NTC 6072 : 2014
Fecha Otorgamiento: 2018-06-22
Fecha vencimiento: 2027-06-21

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN
ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

GESTIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD OCUPACIONAL
GESPRESO SAS
NIT. 900407871 - 1

Ubicado en la KR 24 sur No. 39 - 29 Barrio Quiroga
En cumplimiento con la Resolución 08SE2024220000000000911 del 12 de Enero de 2024 Expedida por el Ministerio de Trabajo

CERTIFICA QUE:

VIVIANA PATRICIA LUENGAS AMAYA

Cédula de ciudadanía Nº 1019052718

CURSO Y APROBO LA FORMACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Realizado en Bogotá del (25) del mes de noviembre de 2025 al (25) del mes de noviembre de 2025 con una intensidad de 8 horas. Registrado por la empresa TRE-D INGENIERIA Y SOLUCIONES S.A.S, con NIT 901734321, dicha afiliada a la ARL SURA, empresa representada por BAQUERO AGUILAR DAYANNA ALEJANDRA , con documento 1121918202

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (25) del mes de noviembre de 2025

CAMILO GONZALEZ GARZON
CC. 1.032.419.241
Representante Legal

MS-AD19971

Julio Alejandro Bustos Rodriguez
1054567959
Profesional
SST 2769 de 2022

Centro de Entrenamiento
CERTIFICADO
Resolución de Aprobación de Mintrabajo

VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD EN WWW.GESPRESOSAS.COM O A LOS TELÉFONOS 601 4599338 - 313 3136885

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-543

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

JONATAN MICHEL GOMEZ MIRANDA

Con número de identificación 1069129017 vinculado a la empresa WNM INGENIEROS S.A.S con NIT 900174002-6, representada por NIÑO MELO WILLINGTON y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de formación en:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de (8) horas

Curso realizado en Bogotá el 08 octubre 2025
se expide el 08 octubre 2025 en la ciudad de Bogotá

NATHALIA VARON LOZANO .
RES. No. 6437 29/06/2017
ENTRENADOR

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE
TRABAJO 08SE2018220000000028172

LAURA CAMILA RODRIGUEZ OLAYA
DELEGADO ANSAR CENTRO DE FORMACION
PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-2193707
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 - Bogotá - Colombia

ANEXO 12

CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**

CHARLAS Y/O CAPACITACIONES









ACTIVIDADES REALIZADAS DEN OBRA






CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**

CHARLAS Y/O CAPACITACIONES




ORDEN Y ASEO- SEÑALIZACION






ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA










CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**

CHARLAS Y/O CAPACITACIONES




ORDEN Y ASEO






ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA






CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**














CONSORCIO EDUCATIVO S.A.	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG-FT-27
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	FECHA:10-11-2025

CHARLAS Y/O CAPACITACIONES






ORDEN Y ASEO





SEÑALIZACION






ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA










CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**










CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**






ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA











CONSORCIO EDUCATIVO	**SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**SG-FT-27**
		VERSION:0
	REGISTRO FOTOGRAFICO	**FECHA:10-11-2025**

CHARLAS Y/O CAPACITACIONES






ORDEN Y ASEO






USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION




SEÑALIZACION - ACOPIOS - CERRAMIENTOS





ACTIVIDADES REALIZADAS EN OBRA










ANEXO 13

TREDI&S S.A.S
NIT: 901.734.321-8
E-mail: tredingenieriaysoluciones@gmail.com

25-0924-1430

1430 El suscrito **CONTADOR PUBLICO** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.019.057.491 de Bogotá y tarjeta profesional No. 261375-T y el **REPRESENTANTE LEGAL** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.121.918.202 de Villavicencio y tarjeta profesional No T.P. 25202-435019 CND.

CERTIFICAN QUE:

Que la **empresa TRE-D INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS**, sociedad legalmente constituida con numero de Nit. 901.734.321-8, debidamente inscrita; luego de examinar de acuerdo con las normas Internacionales de Auditoria NIA, los estados financieros de la compañía, certificamos que nos encontramos al día con el pago de obligaciones de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de esta certificación. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015. Se expide la certificación a los seis (6) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

DAYANNA ALEJANDRA BAQUERO AGUILAR
Identificación No. C.C. 1.121.918.202 de Villavicencio.
En calidad de: REPRESENTANTE LEGAL.
TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS
NIT: 901.734.321-8.

JAIME ESTEBAN LOPEZ SOTELO
Identificación No. C.C. 1.019.057.491 de Bogotá
En calidad de: Contador Público
TRED INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS
NIT: 901.734.321-8.

TRE-D INGENIERÍA Y SOLUCIONES SAS

CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES
C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS

El suscrito contador de **C&S INGENIERIA Y SOLUCIONES SAS** identificado con NIT No. 901.129.329-1, se permite certificar que la compañía se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes parafiscales, durante el mes de abril de 2026.

Lo anterior para cumplir lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y Ley 1150 de 2007, artículo 23 inciso 2.

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los tres (04) días del mes de mayo de 2026.

Atentamente



JUAN CARLOS SARMIENTO A.
C.C.19.492.554 de Bogotá
T.P. No. 56570 -T
Cel: 313 853 3451

El suscrito **CONTADOR PUBLICO** identificado con cedula de ciudadanía No. 52.992.963 de Bogotá y tarjeta profesional No. 129198-T y el **REPRESENTANTE LEGAL** identificado con cedula de ciudadanía No. 79.904.525 de Bogota.

CERTIFICAN QUE:

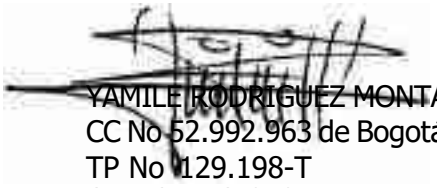
Que **WNM INGENIEROS S.A.S.**, sociedad legalmente constituida con numero de Nit. 900.174.002-6, debidamente inscrita; luego de examinar, los estados financieros de la compañía, certificamos que nos encontramos al día con el pago de obligaciones de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de esta certificación. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015.

Se expide la certificación a los ocho (06) días del mes de Mayo de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,



WILLINTON NIÑO MELO
Representante Legal
C.C No 79.904.525 de Bogotá



YAMILE RODRIGUEZ MONTAÑO
CC No 52.992.963 de Bogotá
TP No 129.198-T
CEL: 3114652184
Dirección: Cr 6 # 183 – 80 Cs 92
Correo: yamilerodriguezm@gmail.com

El suscrito **CONTADOR PUBLICO** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.019.057.491 de Bogotá y tarjeta profesional No. 261375-T y el **REPRESENTANTE LEGAL** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.121.918.202 de Villavicencio y tarjeta profesional No T.P. 25202-435019 CND.

CERTIFICAN QUE:

Que el **CONSORCIO EDUCATIVO 25**, sociedad legalmente constituida con numero de Nit. 901.973.696-9, debidamente inscrito; luego de examinar de acuerdo con las normas Internacionales de Auditoria NIA, los estados financieros de la compañía, certificamos que nos encontramos al día con el pago de obligaciones de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de esta certificación. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015. Se expide la certificación a los seis (06) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,



DAYANNA ALEJANDRA BAQUERO AGUILAR
Identificación No. C.C. 1.121.918.202 de Villavicencio
En calidad de: REPRESENTANTE LEGAL.
CONSORCIO EDUCATIVO 25
NIT: 901.973.696-9



JAIME ESTEBAN LOPEZ SOTELO
Identificación No. C.C. 1.019.057.491 de Bogotá
En calidad de: Contador Público
CONSORCIO EDUCATIVO 25
NIT: 901.973.696-9

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo LAURA MILENA HERRERA URREA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.088.335.104 de Pereira y con tarjeta profesional No. 297197-T expedida por la Junta Central de Contadores, en mi condición de contadora pública de **ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S** identificado con NIT 901.495.759-3 luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, certifico que la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes

Pago de aportes de salud correspondientes al mes de abril y pago de aportes de pensión correspondientes al mes de marzo 2026. Se Adjunta planilla.

Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Pereira, a los 16 días del mes de Abril de 2026



_____

LAURA MILENA HERRERA U.
C.C 1.088.335.104 de Pereira
TP 297197-T

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO OBLIGACIONES LABORALES

Yo LAURA MILENA HERRERA URREA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.088.335.104 de Pereira y con tarjeta profesional No. 297197-T expedida por la Junta Central de Contadores, en mi condición de contadora pública de **ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S** identificado con NIT 901.495.759-3, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, **certifico que la empresa se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con la obligaciones laborales tales como salariaros, Primas, cesantías, intereses, vacaciones e indemnizaciones de carácter laboral presentadas a la fecha.**

Dada en Pereira, a los 16 días del mes de Abril de 2026



_____

LAURA MILENA HERRERA U.
C.C 1.088.335.104 de Pereira
TP 297197-T

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo LAURA MILENA HERRERA URREA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.088.335.104 de Pereira y con tarjeta profesional No. 297197-T expedida por la Junta Central de Contadores, en mi condición de contadora pública de **ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA S.A.S** identificado con NIT 901.495.759-3, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, certifico que la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes

Pago de aportes de salud correspondientes a los últimos seis meses noviembre, diciembre 2025 y enero, febrero, marzo y abril 2026 y pago de aportes de pensión correspondientes octubre, noviembre, diciembre 2025, enero, febrero y marzo 2026. Se Adjunta planilla.

Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Pereira, a los 16 días del mes de Abril de 2026



_____

LAURA MILENA HERRERA U.
C.C 1.088.335.104 de Pereira
TP 297197-T

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 el suscrito Representante Legal el señor: Alberto Villamizar Dimas, identificado con cedula de ciudadanía No 1.016.065.457 de Bogotá, quien representa la Empresa Ingoriente S.A.S, identificada con NIT No. 900.337.484-3, se permite certificar que la mencionada empresa ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a la nómina del mes de abril de 2026.

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de mayo del 2026.

Cordialmente,

ALBERTO VILLAMIZAR DIMAS
C.C 1.016.065.457 de **BOGOTÁ D.C**
(Representante Legal)





NIT 901.766.945-0

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 el suscrito Representante Legal la señor: Juan Jonys Mazenett David, identificado con cedula de ciudadanía No 1.083.052.683 de Santa Marta - Magdalena, quien representa la sociedad ORNAMENTACION L&M S.A.S, identificada con NIT No. 901.766.945-0, se permite certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a la nómina del último mes de ABRIL de 2026.

Dado en Bogotá a los 04 días del mes MATO de 2026.

Juan Jonys Mazenett David
Representante Legal
ORNAMENTACION L&M S.A.S

Carrera 69M Sur No 46C -03 Teléfono 318 178 88 84
ornamentacionlym@gmail.com
Bogotá- Colombia

Bogotá, mayo 06 de 2.026

Asunto: Certificación Pago Parafiscales y Seguridad Social

Me permito certificar que La empresa **STEEL PANEL SAS S.A.S en lo referente al Contrato con** Consorcio Educativo 2025 en calidad de contratista a fecha de hoy 06 de mayo de 2026, se encuentra al dia por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales y aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), asi como los propios del Sena, ICBF y cajas de compensación familiar, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2007 de mis colaboradores

La presente Certificación salarial se firma en Bogotá, el 04 de mayo de 2026

HENRY RINCON SOLANO
Contador
Steel Panel sas
CC.7.219.158
T.P.37780-T

Señores:

CONSORCIO EDUCATIVO 25

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO** Que la empresa **TECNICONSTRUDEPORTIVAS SAS NIT: 900.943.725-2;** Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social con sus respectivos pagos de salarios cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes Cajas de Compensación Familiar.

NOMBRE EMPLEADO	CEDULA
ISAIAS PATARROYO SALAMANCA	74.322.863
YEFREY PATARROYO	1.053.606.410
LACIDES MANUEL ACEVEDO	92.698.882
HECTOR ALFONSO CASALLAS	80.875.620

ACTÚO EN MI CALIDAD DE:

Revisor Fiscal _____Tarjeta Profesional

No._____

- ✓ Representante Legal

  Proponente Persona Natural

Nombre de la persona que suscribe: **ISAIAS PATARROYO SALAMANCA**

Documento de identidad: **74.322.863 de PAIPA BOYACA**

Representante legal de Tecniconstrudeportivas sas Nit:900.943.725-2

Firma a los 04 días de mayo 2026 Ciudad de Bogotá

Nota: Esta certificación debe firmarla el Revisor Fiscal si la empresa está obligada a tenerlo, de lo contrario la firma el Representante.

ANEXO 15

CONSORCIO EDUCATIVO 93	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ACTA DE REUNIÓN	SG-ADR-01 Versión: 0 04-11-2025

DESARROLLO
Salon 101-1 Tablero Acrilico en buen estado
8 lamparas Tubo led en buen estado
Ventaneria en buen estado, 1 Black out en
buen estado.
Salon 102, 3 Tableros Acrilicos en Buen estado
Ventaneria en buen estado, 8 lamparas
tubo led, 1 No prende, 1 Video Bin en
buen estado, tapado con plastico. 1 Extintor 20lb.
Salon 103. 1 Tablero Acrilico en buen estado
Ventaneria en buen estado, 2 Black out en
Buen estado, 8 lamparas tubo led, 1 tablero
interactivo Cod. 8651.
1 Baño Mixto. 4 grifos por, espejo, 4 urinales
5 inodoros Completos buen estado, Baño 3 en

COMPROMISOS
Servicio de Agua.
Se reciben llaves Salon 101, 103, Baño.
Se recibe Zona para acopio material
No tiene Capa Vegetal.

Powered by CamScanner

CONSORCIO	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ACTA DE REUNIÓN	SG-ADR-01 Versión: 0 04-11-2025

ACTA No. 1

LUGAR: IED Alfonso Ulloa **FECHA:** 25-11-2025

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Yuliana Borgo	1019102718	R. SST
Francisco Ferrer	79553239	Almacen
MARCELA ARDILA	1100182098	GUARDA S.
Brayan Moreno	1031177209	Ins. Obra

ORDEN DEL DIA
Entrega Aulas 101 - 102 - 103. —
Entrega Espacio Acopio —
Entrega Baño Hombres —

Powered by CamScanner

ANEXO 16

CONSORCIO EDUCATIVO 25	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ACTA DE REUNIÓN	SG-ADR-01 Versión: 0 04-11-2025

ACTA No. 5

LUGAR: Oficina Consorcio Ed 25 FECHA: 30 abril 2026

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO
Viviana Jaramillo	1088027718	SST
Ferley Lopez	1049630740	Residente.
Emely triana	1072198953	Inge. obra.
Diego Rey	1032359215	Director de obra.

ORDEN DEL DIA
Verificacion de Quorum.
Lectura de Acta anterior.
Areas de trabajo
Pago planillas de contratistas.
Entrega epps a trabajadores.

Powered by CamScanner

DESARROLLO
2- Se continua trabajando en los mismos puntos.
- Se realiza entrega de IED Rodolfo Llinas.
3- Los Contratistas Aportan la informacion de pago de planillas de 30 a tiempo.
4- Se continua con la entrega de Epps.
5- No se reportan AT ni AT de parte de ningun Contratista.

COMPROMISOS
Proxima reunion 30 Nov 2026.

Powered by CamScanner