CONSORCIO EDUCATIVO 03	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002 VER. 4 28-ago-25 Página 1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: EXCAVACION, RELLENO Y ADECUACION DE ZONA DURA			FECHA DESDE - HASTA:	29 al 5 Jul
PROYECTO	Simon Bolivar	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		
1.Inspeccion y delimitación del área de trabajo	Presencia de redes subterráneas (agua, gas, energia)	Electrocución, explosión, inundación	Solicitar planos actualizados, detección previa de redes, permiso de excavación, señalización y delimitación del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Tránsito de vehículos y peatones	Atropellamiento	Señalización preventiva, cerramiento perimetral, vigía o paletero	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Replanteo y trazado del área	Uso de herramientas manuales	Golpes, cortes	Uso de guantes, botas de seguridad, capacitación en uso de herramientas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Excavación manual o mecánica	Derrumbe de taludes	Atrapamiento, asfixia	Taludes con pendiente segura o entibado, no trabajar dentro de excavaciones inestables	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Operación de retroexcavadora o maquinaria	Golpes, atropellamiento	Operador certificado, inspección preoperacional, mantener distancia segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Proyección de partículas	Lesiones oculares	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Retiro y disposición del material excavado	Sobreesfuerzo en cargue manual	Lesiones musculoesqueléticas	Uso de ayudas mecánicas, técnica adecuada de levantamiento, rotación de tareas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo en suspensión	Afecciones respiratorias	Humectación del material, uso de mascarilla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Compactación de subrasante	Vibración de equipos (rana o plancha vibratoria)	Lesiones en manos y brazos	Uso de guantes antivibración, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Ruido excesivo	Pérdida auditiva	Uso obligatorio de protección auditiva	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Colocación de base granular	Manipulación manual de material	Sobreesfuerzo	Distribución uniforme, uso de carretillas, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Nivelación y compactación de base	Superficie irregular	Caídas al mismo nivel	Mantener orden y limpieza, uso de botas antideslizantes	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Instalación de	Golpes con martillo de caucho	Lesiones en manos	Uso de guantes, gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

adoquines	Posturas prolongadas	Dolores lumbares	Alternar tareas, uso de rodilleras	Operativos en la actividad Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
9. Corte de adoquines (si aplica)	Uso de cortadora eléctrica	Cortes graves, proyección de particulas	Guardas de seguridad, gafas, careta facial, capacitación previa	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo de sílice	Enfermedades respiratorias	Uso de respirador adecuado, corte en húmedo	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
10. Sellado y acabado final	Manipulación de arena	Irritación ocular	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
11. Limpieza y entrega del área	Presencia de residuos o herramientas	Caídas, golpes	Orden y aseo permanente, inspección final del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Jerez	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Jerez	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Kevin Mateo Diaz	1001111869	oficial	Kevin Mateo Diaz
2. Ivan Alexey Hernandez	1.019037378	Oficial	
3. Yoan Camilo Malaver	1.013601920	OFICIAL	Camilo
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: EXCAVACION, RELLENO Y ADECUACION DE ZONA DURA			FECHA DESDE - HASTA:	6al 12 Julio
PROYECTO	Simon Bolivar	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			
1 Inspeccion y delimitación del área de trabajo	Presencia de redes subterráneas (agua, gas, energía)	Electrocución, explosión, inundación	Solicitar planos actualizados, detección previa de redes, permiso de excavación, señalización y delimitación del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Tránsito de vehículos y peatones	Atropellamiento	Señalización preventiva, cerramiento perimetral, vigía o paletero	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Replanteo y trazado del área	Uso de herramientas manuales	Golpes, cortes	Uso de guantes, botas de seguridad, capacitación en uso de herramientas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Excavación manual o mecánica	Derrumbe de taludes	Atrapamiento, asfixia	Taludes con pendiente segura o entibado, no trabajar dentro de excavaciones inestables	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Operación de retroexcavadora o maquinaria	Golpes, atropellamiento	Operador certificado, inspección preoperacional, mantener distancia segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Proyección de partículas	Lesiones oculares	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Retiro y disposición del material excavado	Sobreesfuerzo en cargue manual	Lesiones musculoesqueléticas	Uso de ayudas mecánicas, técnica adecuada de levantamiento, rotación de tareas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo en suspensión	Afecciones respiratorias	Humectación del material, uso de mascarilla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Compactación de subrasante	Vibración de equipos (rana o plancha vibratoria)	Lesiones en manos y brazos	Uso de guantes antivibración, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Ruido excesivo	Pérdida auditiva	Uso obligatorio de protección auditiva	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Colocación de base granular	Manipulación manual de material	Sobreesfuerzo	Distribución uniforme, uso de carretillas, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Nivelación y compactación de base	Superficie irregular	Caídas al mismo nivel	Mantener orden y limpieza, uso de botas antideslizantes	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Instalación de	Golpes con martillo de caucho	Lesiones en manos	Uso de guantes, gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

adoquines	Posturas prolongadas	Dolores lumbares	Alternar tareas, uso de rodilleras	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
9. Corte de adoquines (si aplica)	Uso de cortadora eléctrica	Cortes graves, proyección de particulas	Guardas de seguridad, gafas, careta facial, capacitación previa	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo de silice	Enfermedades respiratorias	Uso de respirador adecuado, corte en húmedo	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
10. Sellado y acabado final	Manipulación de arena	Irritación ocular	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
11. Limpieza y entrega del area	Presencia de residuos o herramientas	Caídas, golpes	Orden y aseo permanente, inspección final del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Jurado	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Dia mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Jurado	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Kevin Mateo Diaz	1001111869	oficial	Kevin Mateo Diaz
2. Ivan Alexey Hernandez	1.019037.358	Oficial	
3. Yeyan Camilo Malagon	1.013601020	Oficial	
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: EXCAVACION, RELLENO Y ADECUACION DE ZONA DURA			FECHA DESDE - HASTA:	13 al 19 Julio
PROYECTO	Simon Bolivar	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			
1.Inspeccion y delimitación del área de trabajo	Presencia de redes subterráneas (agua, gas, energía)	Electrocución, explosión, inundación	Solicitar planos actualizados, detección previa de redes, permiso de excavación, señalización y delimitación del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Tránsito de vehículos y peatones	Atropellamiento	Señalización preventiva, cerramiento perimetral, vigía o paletero	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Replanteo y trazado del área	Uso de herramientas manuales	Golpes, cortes	Uso de guantes, botas de seguridad, capacitación en uso de herramientas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Excavación manual o mecánica	Derrumbe de taludes	Atrapamiento, asfixia	Taludes con pendiente segura o entibado, no trabajar dentro de excavaciones inestables	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Operación de retroexcavadora o maquinaria	Golpes, atropellamiento	Operador certificado, inspección preoperacional, mantener distancia segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Proyección de partículas	Lesiones oculares	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Retiro y disposición del material excavado	Sobreesfuerzo en cargue manual	Lesiones musculoesqueléticas	Uso de ayudas mecánicas, técnica adecuada de levantamiento, rotación de tareas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo en suspensión	Afecciones respiratorias	Humectación del material, uso de mascarilla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Compactación de subrasante	Vibración de equipos (rana o plancha vibratoria)	Lesiones en manos y brazos	Uso de guantes antivibración, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Ruido excesivo	Pérdida auditiva	Uso obligatorio de protección auditiva	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Colocación de base granular	Manipulación manual de material	Sobreesfuerzo	Distribución uniforme, uso de carretillas, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Nivelación y compactación de base	Superficie irregular	Caídas al mismo nivel	Mantener orden y limpieza, uso de botas antideslizantes	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Instalación de	Golpes con martillo de caucho	Lesiones en manos	Uso de guantes, gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

adoquines	Posturas prolongadas	Dolores lumbares	Alternar tareas, uso de rodilleras	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
9. Corte de adoquines (si aplica)	Uso de cortadora eléctrica	Cortes graves, proyección de partículas	Guardas de seguridad, gafas, careta facial, capacitación previa	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
	Polvo de sílice	Enfermedades respiratorias	Uso de respirador adecuado, corte en húmedo	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
10. Sellado y acabado final	Manipulación de arena	Irritación ocular	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
11. Limpieza y entrega del área	Presencia de residuos o herramientas	Caídas, golpes	Orden y aseo permanente, inspección final del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Arango	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Arango	1019057718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
—	—	Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Xiomara Mateo Diaz	1001111889	Oficial	Xiomara Mateo Diaz
2.	Juan Alexey Hernandez	1.019037320	Oficial	
3.	Yoan Camilo Maldonado	1.013601920	Oficial	Camilo
4.				
5.				

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 21	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	FTSST-002
		VER. 4
		28-ago-25
		Página.1 de 1

OPERACIÓN O TRABAJO A REALIZAR: EXCAVACION, RELLENO Y ADECUACION DE ZONA DURA		FECHA DESDE - HASTA:	20 al 26 Julio
PROYECTO	Simon Bolivar	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			
1.Inspeccion y delimitación del área de trabajo	Presencia de redes subterráneas (agua, gas, energía)	Electrocución, explosión, inundación	Solicitar planos actualizados, detección previa de redes, permiso de excavación, señalización y delimitación del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Tránsito de vehículos y peatones	Atropellamiento	Señalización preventiva, cerramiento perimetral, vigía o paletero	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
2. Replanteo y trazado del área	Uso de herramientas manuales	Golpes, cortes	Uso de guantes, botas de seguridad, capacitación en uso de herramientas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
3. Excavación manual o mecánica	Derrumbe de taludes	Atrapamiento, asfixia	Taludes con pendiente segura o entibado, no trabajar dentro de excavaciones inestables	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Operación de retroexcavadora o maquinaria	Golpes, atropellamiento	Operador certificado, inspección preoperacional, mantener distancia segura	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Proyección de partículas	Lesiones oculares	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
4. Retiro y disposición del material excavado	Sobreesfuerzo en cargue manual	Lesiones musculoesqueléticas	Uso de ayudas mecánicas, técnica adecuada de levantamiento, rotación de tareas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo en suspensión	Afecciones respiratorias	Humectación del material, uso de mascarilla	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
5. Compactación de subrasante	Vibración de equipos (rana o plancha vibratoria)	Lesiones en manos y brazos	Uso de guantes antivibración, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Ruido excesivo	Pérdida auditiva	Uso obligatorio de protección auditiva	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
6. Colocación de base granular	Manipulación manual de material	Sobreesfuerzo	Distribución uniforme, uso de carretillas, pausas activas	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
7. Nivelación y compactación de base	Superficie irregular	Caídas al mismo nivel	Mantener orden y limpieza, uso de botas antideslizantes	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
8. Instalación de	Golpes con martillo de caucho	Lesiones en manos	Uso de guantes, gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

Powered by CamScanner

adoquines	Posturas prolongadas	Dolores lumbares	Alternar tareas, uso de rodilleras	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
9. Corte de adoquines (si aplica)	Uso de cortadora eléctrica	Cortes graves, proyección de partículas	Guardas de seguridad, gafas, careta facial, capacitación previa	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
	Polvo de sílice	Enfermedades respiratorias	Uso de respirador adecuado, corte en húmedo	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
10. Sellado y acabado final	Manipulación de arena	Irritación ocular	Uso de gafas de seguridad	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
11. Limpieza y entrega del área	Presencia de residuos o herramientas	Caídas, golpes	Orden y aseo permanente, inspección final del área	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Ibargo	1019105718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Viviana Ibargo	1019105718	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
—	—	Ingeniero Residente o Director	—

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1. Kevin Mateo Diaz	1002221869	Aff:	Kevin Mateo Diaz
2. Jhon Alexey Hernandez	1.019037.318	Oficial	
3. Yojan Camilo Malambo	1.013001920	Oficial	Camilo
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 DE CERRAMIENTO			FECHA DESDE - HASTA:	7 al 12 Agosto.
PROYECTO	Simon Bolivar	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 y planificación del trabajo	Superficie irregular, materiales y escombros dispersos	Tropiezos, caídas, golpes	Limpieza y nivelación del área. Señalizar zona de trabajo. Inspección de acceso y estructura.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Transporte y descarga de materiales (tejas, perfiles, tornillería)	Sobreesfuerzo físico, caída de materiales	Lesiones musculares, golpes, cortes	Uso de guantes, botas de seguridad y cinturón lumbar. Manipulación entre dos personas. Uso de cuerdas o poleas para elevar materiales.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Armado de estructura metálica (perfiles, vigas, correas)	Golpes, atrapamientos, caída de herramientas	Contusiones, heridas, daño a terceros	Uso de casco, guantes, gafas y botas con puntera. Mantener orden y limpieza. Fijar herramientas con cuerda de seguridad.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Trabajo en altura (montaje de estructura y tejas)	Caída de personas desde altura	Lesiones graves o muerte	Uso de arnés con línea de vida anclada a punto fijo certificado. Instalación de barandas o redes. Capacitación en trabajo en altura.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Corte y ajuste de tejas de zinc	Proyección de partículas, cortes con herramientas	Heridas en manos, ojos o cara	Uso de guantes anticorte, careta facial y gafas de seguridad. Verificación del estado de las herramientas.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing. Residente - Inspector SST
Fijación de tejas (atornillado o clavado)	Caída de objetos, deslizamiento sobre superficie metálica	Golpes, caídas, lesiones	Uso de calzado antideslizante. Orden en el área. No transitar sobre tejas sueltas. Sujeción firme del cuerpo.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Verificación final del cerramiento	Pérdida de equilibrio, caída de altura	Lesiones, fracturas	Inspección final con línea de vida. No retirar EPP hasta concluir la revisión. Supervisión permanente.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST
Retiro de herramientas y limpieza del área	Objetos punzantes o cortantes, desorden	Cortes, tropiezos	Recolectar materiales con guantes. Mantener orden y clasificar residuos.	Operativos en la actividad, Jefe de Área- Ing Residente - Inspector SST

EQUIPO QUE ELABORA EL ATS

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oswaldo Luengas	1014005779	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

FECHA DE APROBACIÓN (Día mm año)

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
Oswaldo Luengas	1014005779	Inspector SST	
Brayan Moreno	1031177244	Encargado / maestro	
		Ingeniero Residente o Director	

SOCIALIZADO A LOS APERARIOS Y INVOLUCRADOS DE LA ACTIVIDAD

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	JOSE A SOLANO	93125717	OUX	
2.	Wilson Lisa	1023693654	Ayu	Wilson Lisa
3.				
4.				
5.				

Powered by CamScanner

ANEXO 2

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo SG-FT-09
		Version 0
	PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	Fecha 11-10-2019

1. Para este trabajo todos los requisitos deben ser diligenciados
2. El no diligenciar este permiso se considera falta grave, dando lugar a la suspensión inmediata del trabajo
3. El permiso debe diligenciarse para el turno de trabajo
4. Si la hora y los riesgos asociados a la tarea a realizarse cambian, se deberá tramitar un nuevo permiso
5. En los casos en que se marque el No. Ítems (NA), se deberá justificar al interior de la casilla de observaciones

Fecha de Inicio	DIA 23	MES 03	AÑO 26	Hora de Inicio	2:00 AM ☒ PM ☐
Fecha de Finalización	DIA 23	MES 03	AÑO 26	Hora de Finalización	12:00 AM ☐ PM ☒

OBRA	UBICACIÓN EXACTA DEL TRABAJADOR
Simon Bolivar	Dagobo

PERMISO CONCEDIDO A

Nombres y Apellidos	N° de Identificación	Cargo	Firma
Jhon Henry Rincón P.	1091039378	Oficial	

SELECCIÓN CON UNA X LA ACTIVIDAD A REALIZAR

Soldadura eléctrica	☐
Soldadura Autogena y Oxicorte	☐
Impermeabilización	☐
Corte, esmerilado, pulido o grateado	☒
Otro Cual	☐

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Corte de Acero

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		X
PROTECCIÓN AUDITIVA		X
MASCARILLA PARA HUMOS METÁLICOS		X
CARETA DE SOLDADURA		

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

Powered by CamScanner

	POLAINAS DE CUERO			ARNES INTEGAL			

LISTA DE VERIFICACION TRABAJOS EN CALIENTE	SI	N.A	OBSERVACIONES
Estado y conexcion de cables a tierra y de energía eléctrica es bueno?	X		
Se realizó el análisis de seguridad en el trabajo. (ATS)	X		
Se tiene extintor en el area de trabajo y este cumple con las condiciones de seguridad para operar (Estado general, carga vigente, señalización)		X	
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 respitatoria para humos de soldadura?	X		
Se cuenta con un recipientes para depositar sobrantes?		X	
Se encuentra el área de trabajo limpia, ordenada y aislada con mamparas cuando se requiera?	X		
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).?		X	
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		X	
La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	X		
Operación y posición adecuada del equipo?	X		
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?	X		
En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Eléctricos, alturas, espacios confinados...)?		X	
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)?		X	

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 Arango	1014052718	

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

ANEXO 3

CONSORCIO EDUCATIVO 21	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TABAJO	Codigo: SG-FT-016
		Version: 0
	INSPECCION PRE-OPERACIONAL PULIDORA ELECTRICA	Fecha: 22-10-2025

SITIO, LUGAR, OBRA:	Bogota Simon Bolivar.	CIUDAD:	Bogota.
QUIEN INSPECCIONA:	Alexey Hernandez.	CARGO:	Oficial
FECHA DE INICIO:	20-02-2026	FECHA DE FINALIZACION:	25-02-26.

	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 esa adecuadamente los elementos de proteccion personal.				✓			✓			✓								
3	El estado general de la pulidora se encuentra en buen estado (Fisuras, Ropturas, 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	Swich 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 corroído, trozado, expuesto que no se puede encauchetar. DISPOSICIÓN FINAL: Residuo especial. Carcaza rota u oxidada / Los accesorios corroidos, 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

ANEXO 4

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.019.037.328



Apellidos
HERNANDEZ PIEDRAHITA

Nombres
JHON ALEXEY



Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

Fecha de nacimiento
12 SEPT 1989

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 SEPT 2007, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
19 AGO 2031

Firma



Powered by CamScanner

.CO

000747189





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL000747189815001<<<<<<<<<<<
8909121M3108192COL1019037328<5
HERNANDEZ<PIEDRAHITA<<JHON<ALE

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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
01 DÍA	06 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	
HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY	Masculino	36 Años	CC (Tipo)	1019037328 (Número)

Cargo **OFICIAL**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	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
" 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: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL LIC/S.O 3274-2022

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY
CC 1019037328

Medellín, 30 de June 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 %	
C1019037328	HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY	01/07/2026	31/08/2026	24422016	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2026 20:56:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.186.113, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT: 5435432AS

Fecha de Radicación: D 03 D M 07 M A A 2026 A

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: HERNANDEZ	Segundo Apellido: PIEDRAHITA	Primer Nombre: JHON	Segundo Nombre: ALEXEY

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C	1019037328	Femenino ☐ Masculino ☑	Femenino ☐ Masculino ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA	D 12 D M 09 M A A 1989 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGORIENTE SAS	NIT	900337484	

59. Ubicación	Teléfono		Municipio	Departamento
CR 32C 10 26 SUR		INGORIENTE2010@HOTMAIL.COM	BOGOTA	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. ☐
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. ☐

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 RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

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

VIGILADO Supersalud

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:

JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.037.328**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Julio 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.

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:48:32 PM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1019037328**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ PIEDRAHITA JHON ALEXEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

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 16 de julio de 2026, a las 22:53:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019037328
Código de Verificación	1019037328260716225354

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299589167

PIB
22:57:48

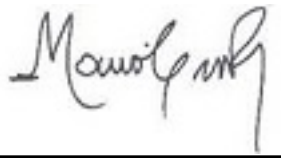
Bogotá DC, 16 de julio del 2026

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) JHON ALEXEY HERNANDEZ PIEDRAHITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019037328:

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 10:33:43 horas del 24/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019037328,**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.375.363
GONZALEZ SOLANO
APELLIDOS
JORGE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1967
CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUL-1986 CONVENCION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00345977-M-0013375363-20100724 0022993677A 1 3463458

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
14 DÍA	07 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	
GONZALEZ SOLANO JORGE	Masculino	58 Años	CC (Tipo)	13375363 (Número)

Cargo **MAESTRO DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	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: Tayde Avila Garcia — MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL — L.S.O 3274-2022
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Jorge Gonzalez
Nombre: GONZALEZ SOLANO JORGE
CC 13375363

Medellín, 15 de July 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 %	
C13375363	GONZALEZ SOLANO JORGE	16/07/2026	30/08/2026	24945u¹1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2026 19:10:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.26.114, 192.230.104.18, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/07/2026, 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
10545570	15/07/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	13375363	JORGE GONZALEZ SOLANO	1750905	MAESTRO DE OBRA	2026-07-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ SOLANO JORGE** identificado(a) con **CC** número **13.375.363** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de septiembre 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de julio 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**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:20:28 PM horas del 15/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **13375363**
Apellidos y Nombres: **GONZALEZ SOLANO JORGE**

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

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

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

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

DIJIN

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

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

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 15 de julio de 2026, a las 19:19:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	13375363
Código de Verificación	13375363260715191907

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299512803

PIB
19:18:03

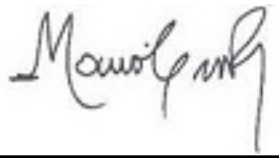
Bogotá DC, 15 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JORGE GONZALEZ SOLANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 13375363:

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 10:38:57 horas del 24/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **13375363,**
Apellidos y Nombres **GONZALEZ SOLANO JORGE**

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 85.434.536

PEÑA SILVA

APELLIDOS

REYNOL

NOMBRES

REYNOL

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1966

EL PEÑON
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-MAY-1985 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00017601-M-0085434536-20080625 0000642304A 1 1120003798

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
14 DÍA	07 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	
PE?A SILVA REYNOL	Masculino	60 Años	CC (Tipo)	85434536 (Número)

Cargo **OFICIAL**

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:

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

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC/S.O 3274-2022

Firma:
Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: REYNOL
Nombre: PE?A SILVA REYNOL
CC 85434536

Medellín, 16 de July 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 %		
C85434536	PEÑA SILVA REYNOL	17/07/2026	31/08/2026	35209J38	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/07/2026 22:21:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 98.98.26.114, 192.230.104.18, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017137893	1|6|0|7|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			
PEÑA Primer apellido	SILVA Segundo apellido	REYNOL Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	85434536	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			0|1|1|2|1|9|6|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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 51 72 14 SAN CARLOS		3205516418	PENAREINOLD96@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 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
4017137893

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|6|0|7|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:

REYNOL PEÑA SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.434.536**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:49:58 PM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **85434536**

Apellidos y Nombres: **PEÑA SILVA REYNOL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

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 16 de julio de 2026, a las 22:52:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	85434536
Código de Verificación	85434536260716225217

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299589217

PIB
23:01:02

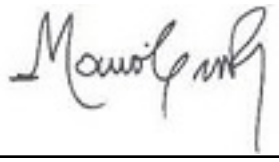
Bogotá DC, 16 de julio del 2026

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) REYNOL PEÑA SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 85434536:

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 10:40:20 horas del 24/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **85434536,**
Apellidos y Nombres **PEÑA SILVA REYNOL**

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

ANEXO 5

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	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	ADMINISTRATIVO	005	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
		93872520		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	Y	$0	$121.900	

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					

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	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.900				121.900	0	0	121.900			1.219	121.900	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	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	121.900	121.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	121.900	121.900

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	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	ADMINISTRATIVO	005	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
		93872520		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	Y	$0	$121.900	

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 1070010996	GALINDO MOLANO DANIELA	59	0			N																		0	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

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070010996		GALINDO MOLANO DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 16 96 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6210189	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	446857508	9507439261	I	2026/07/24	2026/07/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1070010996	GALINDO DANIELA																		230301	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$1,026,000
Total	**Afiliados(1)**																						$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$1,026,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070010996		GALINDO MOLANO DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 16 96 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6210189	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	446857508	9507439261	I	2026/07/24	2026/07/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$576,000	$0	$0	$576,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$576,000	$0	$0	$576,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$450,000	$0	$0	$450,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$450,000	$0	$0	$450,000
TOTAL				1	$1,026,000	$0	$0	$1,026,000

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901793450	1	VIVAHOME S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 10 B N 81 F 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223116149	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	543089994	9509017840	E	2026/08/14	2026/08/05	BANCOLOMBIA	0	$542,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$121,900		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$121,900		$0	$0
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
1	CC	1109384715	LOZANO MARIA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$121,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901793450	1	VIVAHOME S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 10 B N 81 F 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223116149	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	543089994	9509017840	E	2026/08/14	2026/08/05	BANCOLOMBIA	0	$542,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,900	$0	$0	$121,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$121,900	$0	$0	$121,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,100	$0	$0	$70,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$70,100	$0	$0	$70,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,100	$0	$0	$70,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$70,100	$0	$0	$70,100
TOTAL				1	$542,300	$0	$0	$542,300

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1001111735		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					MALAVER DIAZ WILSON 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
															0	30	30	30	30		F	$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS005		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	EPS SANITAS	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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1001111869		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GONZALEZ DIAZ KEVIN MATEO	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	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
PORVENIR	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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1019126630		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GONZALEZ DIAZ ANDRES FELIPE	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	EPS017		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	FAMISANAR 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1013601920		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					MALAMBO BOCANEGRA YOJAN CAMILO	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	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
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
															0	30	30	30	30			F	$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023893638		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					BOCANEGRA VALLEJO ANGELICA YOBANA	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	EPS008		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	COMPENSAR 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-08-05, 08:36:39 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1084157490

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202607

Cliente: NI900337484 INGORIENTE SAS

PAGADA 2026-08-04

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**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	9
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	**Identificación**	CC 1032356337		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1075660551		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					GUTIERREZ BARACALDO JHOAN EMIGDIO	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	1	1	1	1			F	$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 58.364	$ 9.400	$ 0	$ 0	EPS005		4 %	$ 58.364	$ 2.400	$ 0	14-11	5	6,960 %	$ 58.364	$ 4.100	CCF22	4 %	$ 58.364	$ 2.400	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	EPS SANITAS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 2.400	$ 4.100	$ 2.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300

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!

¡El Poder de lo 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	901770193-4	CONSORCIO MANTENIMIENTOS CSS ADIN	CARRERA 71 D 73 A 51	3204757087	SGSST@TREDING.CO	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		META	PUERTO LÓPEZ		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93919692		8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$14,756,335	$4.632.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	70.100	0		0		0	18	1.000	0	71.100	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	170.100	0		0		0	18	2.300	0	172.400	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.200	0		0		0	18	1.900	0	142.100	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	70.100	0		0		0	18	1.000	0	71.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	70.100	0		0		0	18	1.000	0	71.100	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	70.100	0		0		0	18	1.000	0	71.100	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	560.400	0	0	0	0	18	7.600	0	568.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	560.400	0	0	0	0	18	7.600	0	568.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.240.600	0	0	0	0	18	16.700	0	1.257.300	4

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	1.027.300				1.027.300	18	13.800	1.041.100			10.273	1.041.100	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	100.000	18	1.400	101.400	1
CCF34	Cofrem	892000146-3	490.700	18	6.600	497.300	7

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	6	590.700	598.900
Pensión	3	2.361.400	2.393.300
Riesgos Laborales	1	1.027.300	1.041.100
CCF	2	590.700	598.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	4.570.100	4.632.000

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	901770193-4	CONSORCIO MANTENIMIENTOS CSS ADIN	CARRERA 71 D 73 A 51	3204757087	SGSST@TREDING.CO	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		META	PUERTO LÓPEZ		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93919692		8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$14,756,335	$4.632.000	

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	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 1016065457	VILLAMIZAR DIMAS ALBERTO	1	0			S		X															230201	1.750.905	1	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	1	70.100	14-11	1.750.905	1	5	121.900	CCF34	1.750.905	1	70.100	0	0	0	0	0
2	CC 1026288574	RODRIGUEZ PEÑA DEISI GERALDINE	1	0			S		X															230201	1.750.905	1	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	1	70.100	14-11	1.750.905	1	5	121.900	CCF34	1.750.905	1	70.100	0	0	0	0	0
3	CC 1074809666	MONCADA DIAZ JAIDER ALEJANDRO	1	0			S		X															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
4	CC 1121898446	PARRADO LONDOÑO LUISA FERNANDA	1	0			S																	25-14	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	30	100.000	14-11	2.500.000	30	5	174.000	CCF24	2.500.000	30	100.000	0	0	0	0	0
5	CC 1123114066	GONZALEZ MARTINEZ ELIZABETH	1	0			S																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	70.100	14-11	1.750.905	30	5	121.900	CCF34	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0
6	CC 52266454	RUIZ BELTRAN ERIKA PAOLA	1	0			S		X															25-14	1.750.905	1	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	1	70.100	14-11	1.750.905	1	5	121.900	CCF34	1.750.905	1	70.100	0	0	0	0	0
7	CC 79623231	PATARROYO LOPEZ CRISTIAM RODOLFO	1	0			S		X															25-14	1.750.905	1	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	1	70.100	14-11	1.750.905	1	5	121.900	CCF34	1.750.905	1	70.100	0	0	0	0	0
8	CC 86057062	VILLAFAÑE SOGAMOSO LUIS ALEJANDRO	1	0			S		X															230301	1.750.905	1	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	1	70.100	14-11	1.750.905	1	5	121.900	CCF34	1.750.905	1	70.100	0	0	0	0	0

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
		93872278	10/08/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$14,000,000	$4.390.200	

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	17	1.400	0	105.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	17	1.400	0	105.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	88.000	0		0		0	17	1.200	0	89.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	112.000	0		0		0	17	1.500	0	113.500	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	152.000	0		0		0	17	2.000	0	154.000	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	17	5.300	0	421.300	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.472.000	0	0	0	0	17	18.700	0	1.490.700	3
231001	Colfondos	800227940-6	352.000	0	0	0	0	17	4.500	0	356.500	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	974.600				974.600	17	12.400	987.000			9.746	987.000	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	17	7.200	567.200	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	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	567.500
Pensión	3	2.240.000	2.268.500
Riesgos Laborales	1	974.600	987.000
CCF	1	560.000	567.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.334.600	4.390.200

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
		93872278	10/08/2026	5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	$14,000,000	$4.390.200	

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 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

PAGOSIMPLE | Constancia de Pago Afiliados

Nro Planilla: 1083719268 **Fecha de creación del** sábado, 18 de julio de 2026 10:08:19 AM **Período de Cotización:** 2026-06

Período de Servicio: 2026-07

Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

PAGADA 16/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 2026-07-16, la empresa ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS con documento de identificación NI901495759, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

DATOS DE LOS AFILIADOS

1. Documento	2. Apellidos y Nombres	3. AFP	4. EPS	5. ARP	6. CCF	7. Pagó ICBF	8. Pagó SENA	9. Pagó FSP	10. Pagó MEN	11. Pagó ESAP
CC 1000001369	GARCIA RODRIGUEZ SEBASTIAN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1000001369	GARCIA RODRIGUEZ SEBASTIAN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1001269924	BUITRAGO MONSALVE JEISSON STEVEN	PORVENIR	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1002128185	PATIÑO MENA JUAN MIGUEL	PORVENIR	ASOCIACION MUTUAL SER	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1012318407	MARTINEZ LEON HENRY ORLANDO	PROTECCION	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1012350124	MARTINEZ RINCON JAROL SEBASTIAN	PROTECCION	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1012415126	RIVERA AYALA ELVER DANILO	PORVENIR	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1013595744	QUINTERO CABEZAS WILMAR DANIEL	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1013646845	PINZON RAMIREZ MAICOL ANDRES	COLFONDOS	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1014662676	RODRIGUEZ MEJIA ANDERSON FABIAN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1014662676	RODRIGUEZ MEJIA ANDERSON FABIAN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1016063698	SANCHEZ BRAVO CRISTIAN KEVIN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1023868376	RINCON JIMENEZ CARLOS ALONSO	PROTECCION	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1023886794	GOMEZ DIAZ DIEGO ALEJANDRO	PROTECCION	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1023886794	GOMEZ DIAZ DIEGO ALEJANDRO	PROTECCION	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1023913459	ROJAS CAMPOS JONATHAN	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1026302830	AYA RUBIANO HAROLD SEBASTIAN	PORVENIR	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1030681258	SIERRA BERNAL BRAYAN YUSEPPE	PORVENIR	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1030694494	ARIAS DUARTE HERVIN STIL	PORVENIR	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1032368675	FORERO LOSADA CARLOS EDUARDO	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1048944969	FLOREZ HERRERA JORGE LUIS	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO

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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Se certifica que en la fecha 2026-07-16, la empresa ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS con documento de identificación NI901495759, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

DATOS DE LOS AFILIADOS

1. Documento	2. Apellidos y Nombres	3. AFP	4. EPS	5. ARP	6. CCF	7. Pagó ICBF	8. Pagó SENA	9. Pagó FSP	10. Pagó MEN	11. Pagó ESAP
CC 1087114634	ROJAS RIOS NIKOL FERNANDA	COLPENSIONES	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1087555881	MALLAMA ORDOÑEZ ADRIAN FELIPE	PROTECCION	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COMFAMILIAR RISARALDA	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1088265813	SALAZAR SALDARRIAGA JORGE ORLANDO	PROTECCION	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFAMILIAR RISARALDA	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1094285458	BARRIOS GARCIA MERLIS	PORVENIR	EPS-S COOSALUD	ARL SURA	COMFAMILIAR CARTAGENA	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1110176717	MORENO MORENO CINDY HASLEY	PORVENIR	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 1126458811	BARON PABON CRISTIAN ALEXIS	PORVENIR	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COFREM	NO	NO	NO	NO	NO
CC 12436949	RODRIGUEZ PINTO STIVINSON	COLFONDOS	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
PT 1279536	GONZALEZ CARDENAS JOSE RENE	COLPENSIONES	RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
PT 1363476	ALEN FEBRES JOAQUIN RAFAEL	COLPENSIONES	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 14566490	DIAZ CASTAÑEDA MILTON FABIAN	PORVENIR	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COMFENALCO VALLE	NO	NO	NO	NO	NO
CC 19377191	MERCHAN MERCHAN GUSTAVO	NINGUNA AFP	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 42131244	ECHEVERRI CASTAÑEDA MARIA YOLANDA	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFAMILIAR RISARALDA	NO	NO	NO	NO	NO
PT 5733294	FLORES GONZALEZ ERICK XAVIER	COLPENSIONES	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 79488477	RIVERA BERMUDEZ JESUS ANTONIO	PROTECCION	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 79510176	BERMUDEZ ROMERO MAURICIO	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 79510176	BERMUDEZ ROMERO MAURICIO	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 79741711	GALINDO TIRIAT WILMAR GUIOVANI	PORVENIR	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 79973284	RAMIREZ RATIVA JOSE VICENTE	COLFONDOS	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 80270364	GARZON ISAZA JOSE ALFREDO	COLPENSIONES	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 80744760	MORA RUEDA ANDRES MAURICIO	COLFONDOS	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO
CC 80748776	RINCON GRANANDOS LUIS FERNANDO	PROTECCION	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	NO	NO	NO	NO	NO

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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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	
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	ADMINISTRATIVO	005	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
		93879040	05/08/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$14,201,810	$4.004.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	568.200	0		0		0	0	0	0	568.200	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	0	0		1.712.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	875.900				875.900	0	0	875.900			8.759	875.900	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	0	0	568.200	4

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	1	568.200	568.200
Pensión	2	1.992.200	1.992.200
Riesgos Laborales	1	875.900	875.900
CCF	1	568.200	568.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	4.004.500	4.004.500

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	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		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	ADMINISTRATIVO 005	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
		93879040	05/08/2026	4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-07	E	$14,201,810	$4.004.500	

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	IND	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	0	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	0	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	0	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	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO 6

CONSORCIO EDUCATIVO 93	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	Código: F SST 02 Versión: 1 Fecha: 16/03/2023 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, 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 Jean Hernandez 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 25	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: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, 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] Mécanico: 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,visiometria, audiometria 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 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 advierten 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 ,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:	Jhon Alexey Hernandez Picachito
CEDULA:	1019.037.328
FIRMA:	
FECHA:	24-7-26

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, Ibon Alexy Hernandez P., identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1.019.037.328, 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 los 24 días del mes de 07 del año 2025

Huella

Firma del trabajador

C.C. 1019.037.328

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 Ivan Hernandez CARGO Opicist

FECHA 24-7-26 CONTRATISTA Ingpuente.

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica 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 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 dia 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]



[3] Diligenciar 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 ☐ 1



seguir la señalización ☐ 2

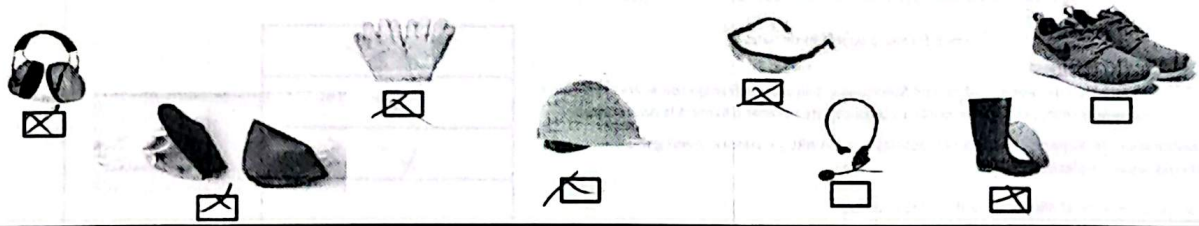


mantener la calma ☒



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 _____ N° CEDULA 1.019.037.378

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 24-7-22.

¡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, 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 Jorge FIRMA Jorge Gonzalez.

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	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: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [x] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, 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 sismicos, vientos fuertes.
- [x] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [x] Mécanico: 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,visiometria, 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 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 advierten 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 ,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:	Jorge González S.
CEDULA:	13 375 363
FIRMA:	Jorge González S.
FECHA:	24-7-26

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, Jorge Gonzalez S, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 13375363, 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 24 días del mes de 7 del año 2026

Jorge Gonzalez S.
Firma del trabajador
C.C. 13375363

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 Jorge Gonzalez CARGO Maestro

FECHA _____ CONTRATISTA _____

1, SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica 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 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	X

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



3 Diligenciar permiso de trabajo en alturas



1 Contar con certificado Ocupacional con énfasis



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


G

C

E


D

A


B

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	X

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



dirigirse al punto de encuentro 5

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	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	X

FIRMA DEL PARTICIPANTE Jorge Gonzalez S. N° CEDULA 13.375.363

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 27-7-16

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

CONSORCIO	PUBLICACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN SGSST	[illegible]
		[illegible]
		[illegible]
		[illegible]

TEMAS ORGANIZACIONALES		SELECCIONES LOS TEMAS VISTOS
1	[illegible]	X
2	[illegible]	X
3	[illegible]	X
4	RELACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	X
5	[illegible]	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, 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 REINO 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 25	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: OFICIO

- [X] Físicos: Rudio, calor, frio, deficiente iluminación, radiaciones ionizantes y no ionizantes
- [X] Químicos: Humos metalicos o no metalicos, 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 sismicos, vientos fuertes.
- [X] Biomecanicos: carga estatica, (posturas de pie) malas posturas para hacer levantamiento de cargas, exceso de cargas permitidas.
- [X] Mécanico: 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,visiometria, audiometria 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 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 advierten 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 ,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:	RICARDO PEÑA
CEDULA:	5547531
FIRMA:	
FECHA:	24-07-16

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, KEVIN PEÑA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número: 1031159556 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 24 días del mes de 01 del año 2026

Firma del trabajador

C.C. 1031159556

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: [illegible] CARGO: 01

FECHA: 24-7-26 CONTRATISTA: Ingeniente.

1. SEÑALE CON UNA X CUAL DE LAS SIGUIENTES SON POLITICAS DE CONSORCIO EDUCATIVO 25

A	Politica de seguridad y salud en el trabajo		C	Politica de prevención acoso laboral	
B	Politica 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 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	X

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 TSA [2]


Diligenciar permiso de trabajo en alturas [3]

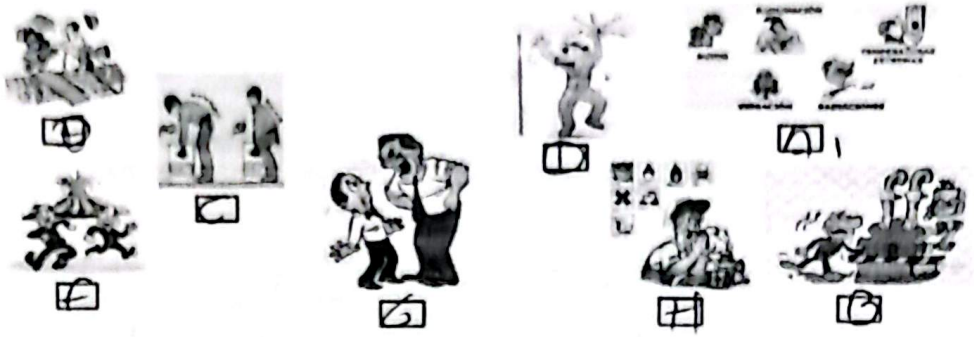

Contar con equipos certificados para realizar la actividad [5]


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	X

8. INCLUYE LOS NÚMERO DEL 1 al 4 EN QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA



Seguir las indicaciones del brigadista ☐



seguir la señalización ☒

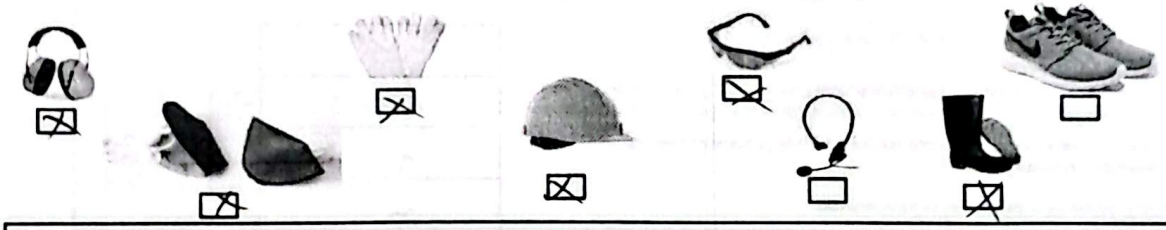


mantener la calma ☐



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	X

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ N° CEDULA 86979536

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 24-7-26.

¡BIENVENIDO, RECUERDE QUE SU SEGURIDAD, ES LA SEGURIDAD DE SU FAMILIA!

Powered by CamScanner

ANEXO 7

Medellín, 11 de agosto 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 julio de 2026 hasta el 31 de julio 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: 191.95.52.50, 198.143.52.7, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 28 de julio de 2026

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa ENERGIZA SOLUCIONES EN INGENIERIA SAS, NIT N901495759, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de mayo de 2026 hasta el 27 de julio 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: 181.55.25.163, 198.143.52.1, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 5 de agosto 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 julio de 2026 hasta el 31 de julio 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: 186.113.84.30, 107.154.96.9, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO 8

CONSORCIO EDUCATIVO 25	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 Jhon Alexey Hernandez.

Cédula de ciudadanía: 1019037328 **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	Uniformes	24	7	26						Colegios SC		
Casco	1		24	7	26								
Guantes	1		24	7	26								
Monogafas	1		24	7	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO ES	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 Jorge González S

Cédula de ciudadanía: 13775363 **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			
Overol	1	Divonal	24	7	26						Colegio Ed	Jorge González S.	
Botas	1		24	7	26							Jorge González S	
Guantes	1		24	7	26							Jorge González S	
Monogafas	1		24	7	26							Jorge González S	
Casco	1		24	7	26							Jorge González S	

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner

CONSORCIO EDUCATIVO 05	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 KE 2220 - PESA

Cédula de ciudadanía: 85434536 **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	24	7	26						BED Colegio		
Overol	1		24	7	26								
Botas	1		24	7	26								
Guantes	1		24	7	26								
Tapaoidos.	1		24	7	26								

FIRMA RESPONSABLE ENTREGA: _____

Powered by CamScanner