ANEXO 8. INFORME SST No. 7

CONSORCIO PARQUES VERDES	INFORME EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No 07 CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C	Rev.01 Fecha 23/092025

INFORME MENSUAL DE SST No 07

CONTRATO No. 747 DE 2024

OBJETO:

CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C

CONTRATISTA

CONSORCIO PARQUES VERDES

PERIODO DE EJECUCIÓN

21 DE AGOSTO A EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2025

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN
23/09/2025	VERSION_01	Entrega de Informe SST _07

ELABORO: Jhon Alexander Peña	REVISO: Byron Camilo Falla Lopez	APROBO:
FIRMA Jhon Alexander Peña	FIRMA 	FIRMA
CARGO: Residente SST Contratista	CARGO: Director de Obra	CARGO: Residente SST Interventoría

CONSORCIO PARQUES VERDES	INFORME EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No 07 CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C	Rev.01 Fecha 23/092025

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN 4
2. OBJETIVOS 5
   2.1. OBJETIVO GENERAL 5
   2.2. OBJETIVO ESPECIFICOS 5
3. GENERALIDADES DEL PROYECTO 6
   3.1. PARQUES VECINALES PRIORIZADOS 6
   3.2. DESCRIPCIÓN DE LA LOCALIDAD 7
   3.3. INFORMACIÓN CONTRACTUAL 9
   3.4. RECURSO HUMANO 10
4. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 11
5. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL 11
   5.1. MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS 11
   5.2 Sustancias químicas 12
   5.3 Inspecciones planeadas 13
   5.4 Manejo de maquinaria, equipos 13
6. INGRESO DE PERSONAL 14
   6.1.1. RETIRO DE PERSONAL 15
7 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA 15
   7.1 Exámenes médicos ocupacionales 15
   7.2 Actividades y campañas de promoción y prevención: 15
8. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL 16
   8.1 Inducciones de ingreso: 16
   8.2 Capacitaciones y charlas 17
10. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 17
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. 18
12. ACCIDENTABILIDAD 18
   211.1 Indicadores de accidentalidad 18

13. AUSENTISMO LABORAL 19
14. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 20
15. COPASST 20
16. CCL 20
17. PLAN DE EMERGENCIAS 20
18. CONCLUSIONES 22
19. ANEXOS 23

RELACION DE TABLAS

Tabla 1. Parques vecinales- Bolsillo por intervenir en el contrato No 747 de 2024 6
Tabla 2. Información del contrato 9
Tabla 3. Personal mínimo requerido 10
Tabla 4 relación de control de maquinaria 14
Tabla 5. Relación de personal que participó en el periodo 15
Tabla 6 Resumen de actividades de promoción y prevención 15
Tabla 7. Contenido de temas de inducción 16
Tabla 8 Resumen de charlas y capacitaciones 17
Tabla 9 seguimiento a indicadores de accidentalidad 18
Tabla 10 Seguimiento de ausentismo laboral 19
Tabla 11 Relación de anexos 23

CONSORCIO PARQUES VERDES	INFORME EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No 07 CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C	Rev.01 Fecha 23/092025

1. INTRODUCCIÓN

El Consorcio Parques Verdes tiene entre sus propósitos desarrollar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades laborales, mejorar la calidad de los servicios y ante todo generar ambientes sanos para los que allí trabajan.

El interés es suministrar los recursos necesarios para responder a las demandas de la población trabajadora respecto a su salud y el medio ambiente laboral, así como para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está orientado a lograr una adecuada administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes oficios y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones.

El documento que se presenta a continuación refleja la gestión SST realizada en el periodo comprendido del 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evidenciar la gestión realizada en cuanto al cumplimiento de las actividades programadas para el mes de 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025. Con referencia al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, garantizando un medio de trabajo seguro, digno para los trabajadores, previniendo accidentes y enfermedades laborales.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales que en materia de seguridad y salud en el trabajo aplican en la ejecución del proyecto.
- Implementar programas de control de riesgos significativos que aporten a disminuir la probabilidad de ocurrencia y las consecuencias de accidentes y enfermedades.
- Definir la estructura y responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST.

3. GENERALIDADES DEL PROYECTO

3.1. PARQUES VECINALES PRIORIZADOS

Durante el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025. el fondo de desarrollo local de Rafael Uribe Uribe, interventoría y el Consorcio Parques Verdes realizaron recorridos de forma presencial para la identificación de los parques de bolsillo a intervenir, en donde se designan los alcances de las obras civiles a ejecutar y así realizar el diagnóstico inicial. En la Tabla 1 se pueden apreciar los parques a ejecutar durante el contrato No 747 de 2024

Tabla 1. Parques vecinales- Bolsillo por intervenir en el contrato No 747 de 2024

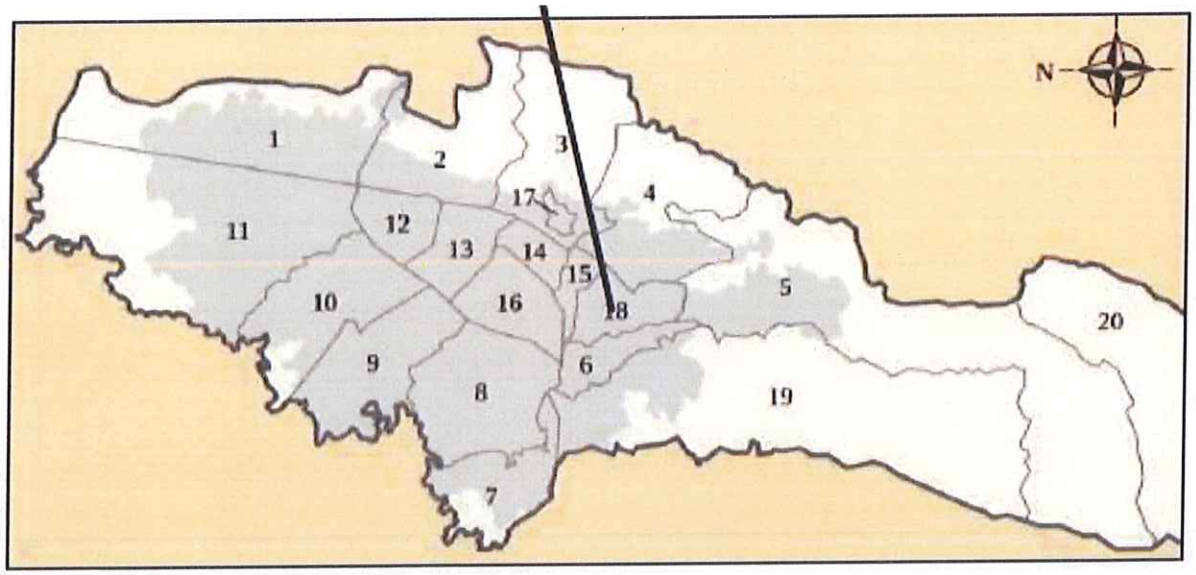
ITEM	CODIGO PARQUE	UPZ	NOMBRE DEL PARQUE	DIRECCIÓN
1	18-138	39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA VII ETAPA	CALLE 32B SUR CON LOS COSTADOS SUR Y NORTE DE LA CARRERA 22
2	18-042	39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA ETAPA IV, V y VI	CARRERA 19A 31- 21 SUR
3	18-180	54 MARRUECOS	URBANIZACIÓN ZARAZOTA I	CALLE 48H SUR 9 -11
4	18-202	39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA ETAPA I, II Y III"	CALLE 28 SUR CON TRANSV. 23 COSTADO SUROCCIDENTAL - TV 22B 28 24 SUR - CL 28B SUR 22 46 - TV 22B 28B 10 SUR - KR 22 29 04 SUR - CL 30 SUR 22 31.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA LOCALIDAD

A continuación, se realiza una breve descripción de las zonas a intervenir por localidad.

La localidad de Rafael Uribe es la número 18, una de las más jóvenes de Bogotá. Se encuentra ubicada al sur oriente de la ciudad, limita con las localidades de San Cristóbal al oriente, Tunjuelito por el occidente, con Antonio Nariño al Norte y al sur con Usme. La localidad es un territorio irregular en una extensión de 1.310 hectáreas. Los barrios de esta localidad están distribuidos en cinco UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal): San José Sur, Quiroga, Marco Fidel Suárez, Marruecos y Diana Turbay.

Ilustración 1. *Ubicación del área de influencia del proyecto*



Fuente: Tomado del Anexo Técnico de la licitación del contrato 367 de 2023

Ilustración 2. División de Rafael Uribe Uribe por UPZ

UPZ	NOMBRE DEL PARQUE	IMAGEN DE UBICACIÓN
39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA VII ETAPA	
39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA ETAPA IV, V y VI	
54 MARRUECOS	URBANIZACIÓN ZARAZOTA I	

39 QUIROGA	URBANIZACIÓN QUIROGA ETAPA I, II Y III"	

Fuente: Tomado de U.T.E&D PARQUES/ a partir de Google maps

3.3. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Tabla 2. Información del contrato

CONTRATISTA	CONSORCIO PARQUES VERDES
NIT CONTRATISTA	901905021-8
DIRECCIÓN	Carrera 49ª N 49ª-91, Normandía
ACTIVDIAD ECONÓMICA	4290: Construcción de obras de ingeniería civil
REPRESENTANTE LEGAL	VIVIANA ANDREA RODRIGUEZ MUÑOZ
CONTRATO DE OBRA PÚBLICA	**FDLRUU-LP-002-2024** **CONTRATO No. 747 DE 2024**
OBJETO	**"CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DEPROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"**
ARL	Sura
RIESGO	I, II, III, IV, V.
MODALIDAD DE LA OBRA	CONSTRUCCIÓN DE OBRA CIVIL
LOCALIDADES	RAFAEL URIBE URIBE
TIPO DE USO	ESPACIO PÚBLICO
TIEMPO DE EJECUCIÒN	NUEVE (9) MESES Y (21) DIAS
FECHA DE INICIO DE LA ORA	10 DE MARZO DEL 2025
FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DEL 2025
PRESUPUESTO	$ 3.925.355.240

CONTRATANTE	FONFO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
INTERVENTORIA	CONSORCIO INTER RUU PARQUES

3.4. RECURSO HUMANO

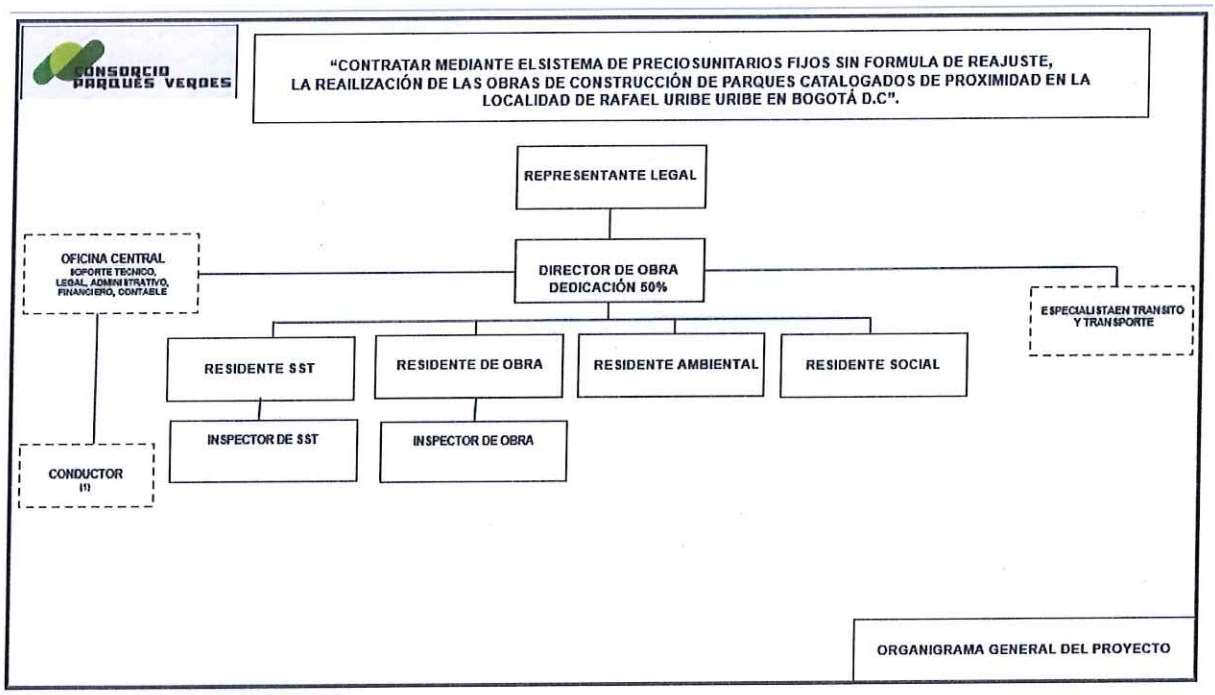
A continuación, se relaciona los profesionales contractuales que participaran en la ejecución del contrato No 747 de 2024, los cuales fueron revisados y aprobados por parte del CONSORCIO INTER RUU PARQUES para el presente periodo.

Tabla 3. Personal mínimo requerido

CARGO	PROFESIONAL A CARGO	DEDICACIÓN
Director de Obra	Byron Camilo Falla López	50%
Residente de Obra	Jaime Sarmiento	100%
Inspector de Obra (1)	David Santiago Varón Guarnizo	100%
Residente SST	Jhon Alexander Peña	100%
Residente Ambiental	Juan Carlos Romero	25%
Profesional Social	Alexandra Beltrán	25%

A continuación, se presenta el organigrama general para el desarrollo del contrato NO 747 DE 2024.

Ilustración 3. Organigrama general del contrato No 747 de 2024



4. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Durante el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025., el área SST de Consorcio Parques verdes realizo diferentes actividades dando cumplimiento al plan de gestión presentado al inicio del contrato todas las actividades realizadas se pueden evidenciar en el plan de trabajo y en los anexos del presente informe.

5. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

5.1. MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

Identificación de Peligros

Alcance: Dirigido a todos los cargos y actividades realizadas por los colaboradores y partes interesadas de **Consorcio Parques verdes** que se involucren con cualquiera de los procesos operativos y/o administrativos de la organización.

Naturaleza: La tendencia declarada de **Consorcio Parques verdes es** la adopción de medidas proactivas más que las reactivas para el manejo de sus riesgos y dirigidas en orden de importancia a intervenciones sobre la fuente, medio y trabajador respectivamente.

Metodología: Como primer paso para el establecimiento de la matriz de identificación de peligros, se procedió a su identificación mediante el análisis de las instalaciones administrativas y frentes de trabajo de **Consorcio Parques verdes.**

Responsables: La realización de las actividades encaminadas a la identificación de riesgos como su respectiva actualización estará bajo la responsabilidad del profesional SST de **Consorcio Parques verdes.**

De acuerdo con los riesgos y peligros identificados se establecen actividades de control mensual para los riesgos prioritarios como las siguientes:

- **Trabajo en alturas**: en cualquier actividad constructiva donde el trabajador se exponga al riesgo de caída, a una altura de 2 metros o más, deberá implementarse el Permiso de trabajo en alturas bajo la supervisión del coordinador en alturas, la actividad la ejecuta un trabajador autorizado con el respectivo certificado vigente según la resolución 4272 de 2021.
- Implementación de Análisis de Trabajo Seguro ATS para las actividades no rutinarias que se presenten en la ejecución de proyecto.
- **Trabajo en caliente:** toda actividad o tareas que producen llamas abiertas, calor o chispas capaces de causar incendios o explosiones (soldadura, corte, esmerilado, aplicación de recubrimientos de techo con soplete, etc.) los trabajadores deberán implementar el formato Permiso de trabajo una vez evaluados los riesgos en el área de trabajo.
- **Preoperacionales e inspecciones** para equipos, herramientas, vehículos, maquinaria, condiciones locativas, estado de epp, inspección de orden y aseo, inspección de señalización, inspección de kit de emergencias (extintor, botiquín, camilla, etc.),

(ANEXO 3. Matriz de Riesgos). SE REALIZO BAJO LA METODOLOGIA GTC – 45.

5.2 Sustancias químicas

De acuerdo con las actividades desarrolladas en el contrato durante el periodo del 21 de Julio al 20 de Agosto de 2025 se utilizan sustancias químicas como gasolina y Thiner estas estarán clasificadas y etiquetadas teniendo en cuenta el sistema globalmente armonizado, antes de ser repartidas en los frentes de obra nos encargamos de etiquetar correctamente cada una de estas sustancias.

5.3 Inspecciones planeadas

Durante el presente periodo se realizan inspecciones planeadas en el parque, QUIROGA 138 y ZARAZOTA donde ya se iniciaron actividades ver inspecciones realizadas en **ANEXO 9.**

5.4 Manejo de maquinaria, equipos

Para el presente periodo se utilizaron servicios de volquetas y maquinaria pesada

Objetivo

Establecer y definir los procedimientos para manejo de maquinarias y equipos con la finalidad de proteger a los trabajadores frente a cualquier riesgo.

Alcance

Aplicar a todas las actividades que requieran manejo de maquinaria y equipo realizados durante el avance del proyecto.

Generalidades

- Se solicitará el certificado vigente de emisión técnico-mecánica y de gases y el SOAT de todas las volquetas presentes en la obra. (Aquellos que lo requieran)
- Los Operarios deben entregar carta de Idoneidad para el manejo de maquinaria.
- Las volquetas contaran con platón en buen estado, llenado a ras del borde superior, con puertas herméticas, cubierta con lona amarrada y sin sobrepasar la capacidad de carga del vehículo.
- Se recogerá y se barrera todas las áreas donde se derrame material durante el cargue o el transporte de materiales, hacia la obra o de sobrantes hacia el botadero autorizado previamente aprobados por la entidad.
- Los vehículos destinados al transporte de escombros se llenarán hasta su capacidad, cubra la carga con una lona o plástico.

- Toda maquinaria y vehículo presente en la obra contara con extintores multipropósito con capacidad mínima de 5 Lb, su carga debe ser vigente y estar en un lugar visible y de fácil acceso.

- Al operario se, le suministrará todos los elementos de protección personal, que se requiera para realizar su trabajo.

En el presente periodo el Consorcio Parques Verdes relaciona la maquinaria mínima requerida para el desarrollo del contrato No 747 de 2024 se diligencia el cuadro de control de maquinaria **ANEXO 10** control de maquinaria

Tabla 4 relación de control de maquinaria

No	TIPO DE MAQUINARIA	MARCA	SERIAL / PLACA	SOAT FECHA DE EXPEDICION	TECNICO MECANICA FECHA DE EXPEDICION
1	MINICARGADOR	BOBCAT	AZNB13431	N/A	N/A
2	MINICARGADOR	BOBCAT	BB16J04830	N/A	N/A
3	VOLQUETA	MACK	SRL286	27/07/2025	16/06/2025
4	VOLQUETA	KAMAZ	SQB000	23/09/2024	26/06/2026

6. INGRESO DE PERSONAL

Durante el período del 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) recibió documentación de (11) personas correspondiente a nuevo personal de la empresa WHR URBANISMOS SAS

Tabla 5. Relación de personal que participó en el periodo

RESUMEN PERSONAL	NÚMERO DE TRABAJADORES
INGRESO	11
ANTIGUOS	17
RETIROS	9
INGRESO-RETIRO	0
TRASLADO	0
TOTAL, GENERAL	37

6.1.1. RETIRO DE PERSONAL

Durante el periodo 21 de Agosto al 20 de Septiembre de 2025 se presentaron (8) retiros de la empresa WHR URBANISMOS SAS (1) retiro de la empresa CONSTRUCCIONES DFL SAS

7 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

7.1 Exámenes médicos ocupacionales

Exámenes de ingreso: Durante el período del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025, se realizaron (11) exámenes médicos de ingreso ver en **ANEXO 2 DOCUMENTACION-INDUCCIONES**

Exámenes periódicos: Durante el periodo 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025 no se realizaron exámenes periódicos al personal

Exámenes de retiro: Durante el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025 no se realizaron exámenes médicos de retiro.

7.2 Actividades y campañas de promoción y prevención:

Tabla 6 Resumen de actividades de promoción y prevención

TEMA	FECHA DE EJECUCIÓN	CANTIDAD DE ASISTENTES
Prevención de las lesiones de columna	03/09/2025	10

8. PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Planillas pago de seguridad social: Las planillas de pago de seguridad social fueron solicitadas, verificadas y adjuntadas en el **ANEXO 4_ PLANILLAS DE SEGURIDAD** para el presente periodo, de igual forma se adjunta los certificados de pagos de seguridad social y aportes legales por parte de los consorciados del CONSORCIO PARQUES VERDES.

9. PROGRAMA DE INDUCCION Y CAPACITACION

8.1 Inducciones de ingreso:

Se desarrolla un proceso de inducción con el personal que ingresa a trabajar en el proyecto por primera vez, fomentando el desarrollo humano y la formación del personal con programas claros de capacitación que permitan entrenar y dar pautas en la formación integral del individuo en sus funciones a desarrollar en el contrato en referencia. A continuación, se describen los temas que se notifican y socializan en las jornadas de inducción. Ver **ANEXO 2 DOCUMENTACION-INDUCCIONES**

Tabla 7. Contenido de temas de inducción

Presentación del Proyecto
Sistema General de Riesgos Laborales
Responsabilidades Empleador SGRL
Normas Generales de Seguridad
Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
COPASST
Políticas de la empresa (Gestión Integral y Prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaquismo)
Notificación de Riesgos
Uso y mantenimiento de EPP
Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Enfermedad común, Accidente de origen común
Definición de ARL, EPS y AFP.
¿Qué hacer en caso de accidente de trabajo, enfermedad y/o accidente de origen común?
Reporte de Actos y Condiciones Inseguras
Medidas para promover el cumplimiento de normas SST

8.2 Capacitaciones y charlas

Durante el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025 , el área SST realizó charlas y capacitación de acuerdo con las necesidades de las actividades que desarrollaban los trabajadores durante el periodo y se realizan pausas activas notificando la importancia de ellas. En el **ANEXO 5 SOPORTE DE CHARLAS- CAPACITACIONES Y PAUSAS ACTIVAS** se puede evidenciar los soportes de asistencia del personal.

En la siguiente tabla se relacionan las capacitaciones y charlas efectuadas durante el periodo de ejecución del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025

Tabla 8 Resumen de charlas y capacitaciones

No	TEMA DE CHARLAS	FECHAS	NÚMERO DE ASISTENTES
1	Medidas preventivas Cerramiento, plafonar y señalizar huecos antes y al finalizar la jornada de manera diaria)	27/08/2025	12
2	Prevención de las lesiones de columna	03/09/2025	10
3	Peligros en excavaciones	09/09/2025	10
4	Socialización política de con consumo alcohol, tabaco y drogas	16/09/2025	10
No	**TEMA DE CAPACITACIONES**	**FECHAS**	**NÚMERO DE ASISTENTES**
1	(Que es el COPASST y cuáles son las funciones	28/08/2025	10

10. ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

Cuando la persona nueva ingresa a trabajar si es subcontratista se verifica que la dotación se encuentre en óptimas condiciones y si es por parte del contratista se les hace entrega. Para subcontratista y personal del contratista, se le suministra todos los elementos de protección personal

para el desarrollo de sus actividades. Cuando estos EPP se encuentren en mal estado son reemplazados y el trabajador tiene la obligación de devolverlos en el estado en que se encuentren. **VER ANEXO 6_ ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN.**

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ANEXO 7_ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES se adjunta el cronograma de actividades realizada durante el periodo 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025, tener en cuenta que este cronograma ya tiene todas las actividades planeadas durante la ejecución del contrato, pero pueden variar según las actividades

Nota: Debido a la adición del contrato hasta el 31 de diciembre, se incorporan nuevas actividades para los próximos meses, lo cual modifica el porcentaje de cumplimiento, ya que se aumentan las actividades planeadas.

12. ACCIDENTABILIDAD

211.1 Indicadores de accidentalidad

Durante el periodo de la ejecución del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025 no se presentan accidentes de trabajo y se obtienen los siguientes resultados

Tabla 9 seguimiento a indicadores de accidentalidad

2025			
PERIODO	FRECUENCIA DE ACCIDENTALIAD F. A	SEVERIDAD DE LA ACCIDENTALIDAD S. A	PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES P.A.T.M
1 (Del 10 marzo al 31 de Marzo de 2025)	0,00	0,00	0,00%
2 (Del 01 abril al 30 de abril de 2025)	0,00	0,00	0,00%
3 (Del 01 mayo al 20 de mayo de 2025)	0,00	0,00	0,00%
4 (Del 21 mayo al 20 de junio de 2025	0,00	0,00	0,00%

5 (21 de Junio al 20 de Julio del 2025)	0,00	0,00	0,00%
6 (21 de Julio al 20 de Agosto del 2025)	0,00	0,00	0,00%
7 (21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025)	0,00	0,00	0,00%

Frecuencia de accidentalidad: Por cada 100 trabajadores que laboraron en el periodo, se presentaron 0 accidente de trabajo.

Severidad de accidentalidad: Por cada 100 trabajadores que laboraron en el periodo, se perdieron 0 días por Accidente de Trabajo.

P.A.T.M: Este indicador no aplica para el periodo teniendo en cuenta que su medición se realiza anual.

13. AUSENTISMO LABORAL

Tabla 10 Seguimiento de ausentismo laboral

2024			
PERIODO	INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL I.E.L.	PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL P.E.L.	AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA A.C.M
21 (Del 10 marzo al 31 de marzo de 2025)	0,00	0,00	0%
2 (Del 01 abril al 30 de abril de 2025)	0,00	0,00	0%
3 (Del 01 mayo al 20 de mayo de 2025)	0,00	0,00	0%
4 (Del 21 mayo al 20 de junio de 2025	0,00	0,00	0%
5 (21 de Junio al 20 de Julio del 2025)	0,00	0,00	0%
6 (21 de Julio al 20 de Agosto del 2025)	0,00	0,00	0%

7 (21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025)	0,00	0,00	0%

Incidencia de enfermedad laboral: (0) Casos nuevos de enfermedad laboral el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025

Prevalencia de la enfermedad laboral: (0) casos de enfermedad laboral en el periodo del 21 de Agosto al 20 de Septiembre del 2025

Ausentismo causa medica: En el mes se perdió 0% de días programados de trabajo por incapacidad médica.

14. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Se adjunta en el **ANEXO 1_BASE DE DATOS DEL PERSONAL** en el cual se llevará el control de ingreso y retiro de personal por cada contratista y adicional los datos más relevantes para el perfil sociodemográfico.

15. COPASST

2

La primera reunión tras la conformación del COPASST se llevó a cabo el 28 de mayo de 2025. El acta de asistencia correspondiente a la reunión COPASST No. 05 se encuentra registrada en el **Anexo 11** del presente informe. La próxima reunión está programada para el 26 de Septiembre de 2025

16. CCL

La conformación del comité ya fue realizada y el acta correspondiente se encuentra anexada en el Informe de Gestión SST N.º 01. La primera reunión del CCL se llevó a cabo el día 30 de junio de 2025. La próxima reunión esta programada para el 30 Octubre de 2025

17. PLAN DE EMERGENCIAS

El Consorcio Parques verdes realiza el alquiler de bodegas cercanas a los frentes de trabajo en cada parque de bolsillo intervenido en este periodo con el objetivo de instalar el campamento, un

lugar donde los participantes pueden guardar sus pertenencias personales, almorzar, obtener un espacio de confort, uso de unidades sanitarias y de almacén. Se destino un espacio para adecuar el kit de emergencia. Para el presente periodo se adecuo un lugar en el parque URBANIZACIÓN QUIROGA ETAPA IV, V y VI / UPZ 39 QUIROGA / CODIGO DEL PARQUE 18-042 y URBANIZACIÓN QUIROGA VII ETAPA/ UPZ 39 QUIROGA CODIGO DEL PARQUE CODIGO DEL PARQUE 18-138/ UPZ 54 MARRUECOS PARQUE URBANIZACIÓN ZARAZOTA I Urbanización Quiroga Etapa I, II y III" / UPZ 39 QUIROGA CODIGO DEL PARQUE 18-202

VER ANEXO 8_ REGISTRO FOTOGRAFICO

18. CONCLUSIONES

- El personal del componente técnico, ambiental y SST participaron en los comités de obra llevados a cabo en el Fondo de desarrollo local de Rafael Uribe Uribe.
- Se realizo Reconocimiento de las áreas a intervenir y se definieron lo alcances constructivos
- Se realizo la revisión de las afiliaciones, pago de planillas
- Se realizo la entrega de dotación al personal activo durante el presente periodo.
- No se presentaron accidentes laborales, ni reporte de condiciones inseguras en las actividades administrativas desarrolladas en el presente periodo.
- Se firman los permisos de trabajo correspondientes a las actividades que se están ejecutando en la obra
- Se realiza inspección de botiquín, extintor y general de obra
- Se instala cerramiento y señalización en el parque 138 y zarazota, se instalan los elementos de emergencia en el campamento con sus respectivas políticas socializadas
- Se hace entrega de elementos de protección personal a los trabajadores que se encuentran en el parque ,138 y zarazota, 202
- Se realizan capacitaciones y charlas al personal
- Se realiza a cuarta reunión del COPASST
- No se presentan accidentes de trabajo durante este periodo
- Se realizan pausas activas al personal y actividades de promoción y prevención.
- Se realiza cerramiento de inicio de actividades en el parque Urbanización Quiroga Etapa I, II y III" con COD 18-202
- Se realiza mantenimiento al cerramiento de los individuos arbóreos de los parques ver el registro fotográfico
- Se realizan retiros de personal de la empresa WHR URBANISMOS ya que varios de ellos serán acogidos con otra razón social de otra empresa, por lo cual en el informe de gestión #08 que es el correspondiente al siguiente periodo de ejecución se vuelven a relacionar en la base de datos del personal pero con esta empresa JJB ESTUPIÑÁN & URBANISMO S.A.S.

19. ANEXOS

Tabla 11 Relación de anexos

ANEXO 1	Base de datos personal
ANEXO 2	Documentación- inducciones
ANEXO 3	Matriz de riesgos y peligros
ANEXO 4	Planillas de seguridad social
ANEXO 5	Soporte de capacitaciones y pausas activas
ANEXO 6	Entrega de dotación y EPP
ANEXO 7	Plan de trabajo (cronograma de actividades)
ANEXO 8	Registro fotográfico
ANEXO 9	Inspecciones de seguridad
ANEXO 10	Control de maquinaria
ANEXO 11	Acta de reunión COPASST
ANEXO 12	Paz y salvos

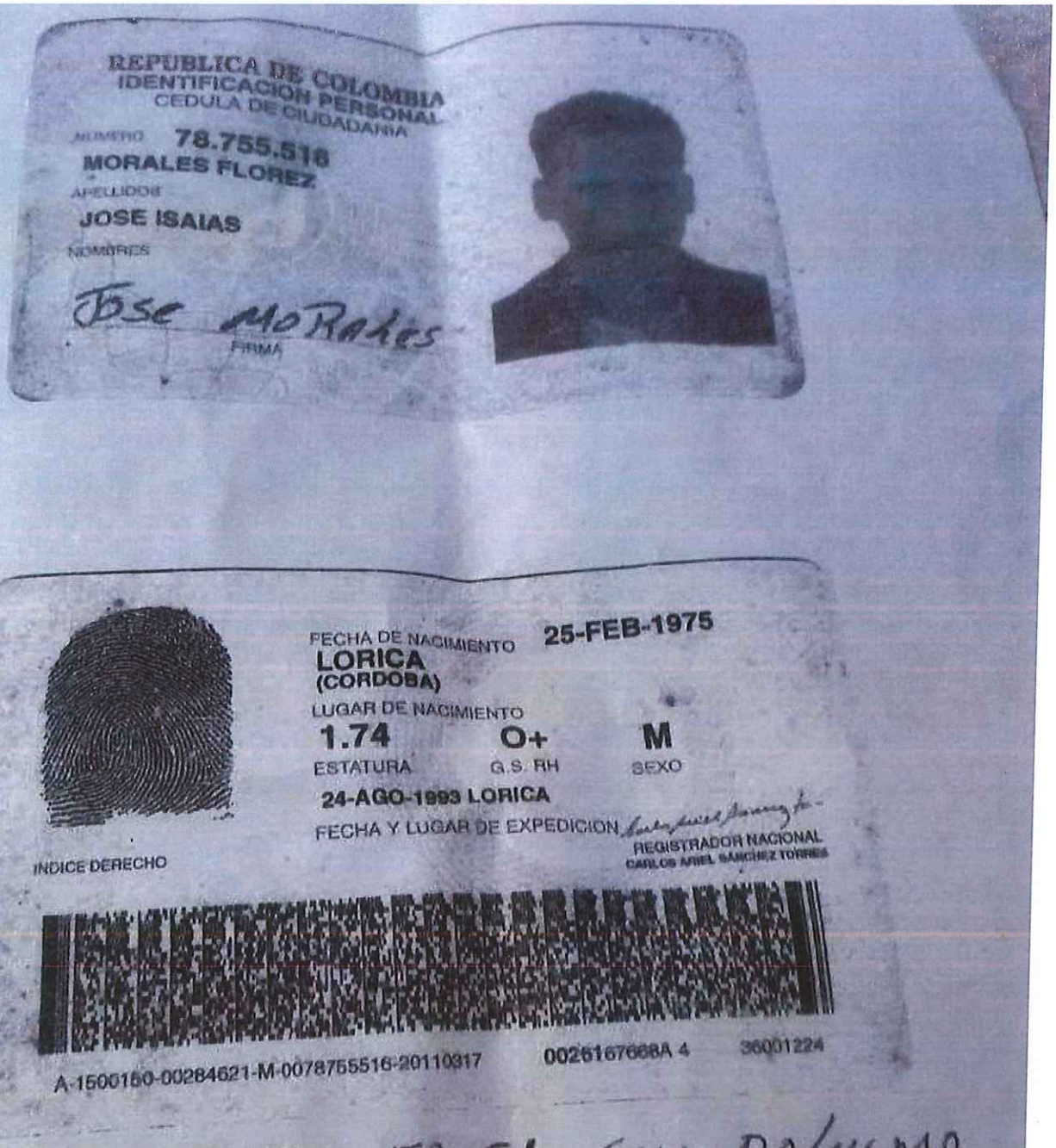
ANEXO 1

BASE DE DATOS PERSONAL



ANEXO 2

DOCUMENTOS-INDUCCIONES



Carrera 4 H = 52-51 - Sur Poblado

E.P.S. Salud Total

Fondo de Pensión Protección

Tel: 3204016833

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000556928

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 20/06/2025 10:06:30

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOSE ISAIAS MORALES FLOREZ **C.C** 78755516

EDAD 50 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
RESTRICCION PARA LABORES DE ALTO RIESGO / ALTERACION VISUAL

RECOMENDACIONES
CONTROL OPTOMETRÍA EPS / CONTROL OFTALMOLOGIA.
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

JOSE MORALES

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Katherine Blanco
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 727744

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 20 de June de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78755516	MORALES FLOREZ JOSE ISAIAS	21/06/2025		12717220	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/06/2025 12:01:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.43.31, 198.143.41.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014988787	2|4|0|6|2|0|2|5

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MORALES (Primer apellido)	FLOREZ (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ISAIAS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	78755516	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		2|5|0|2|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1423500	

26.Residencia			
CR 4 H 52 51 (Dirección)	Telefono fijo	3204016833 (Telefono celular)	WH20HERNANDEZ@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	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			

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)
WHR URBANISMOS SAS	NIT	900931521	01

59.Ubicación				
CL 80 42 69 SUR (Dirección)	3219718 (Teléfono fijo o celular)	XYOMY0011@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

345

No de Radicacion
40 14988787

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: Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento
☐				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|1|0|6|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69 ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70 ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71 ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72 ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73 ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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, así como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORALES FLOREZ JOSE ISAIAS** identificado(a) con **CC** número **78.755.516** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de enero 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 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de junio de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE ISAIAS MORALES FLOREZ identificado(a) con CC No. 78755516, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 24/06/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/06/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 24/06/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:57:35 AM horas del 24/06/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **78755516**

Apellidos y Nombres: **MORALES FLOREZ JOSE ISAIAS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 274291835

PIB
07:58:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de junio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ISAIAS MORALES FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 78755516:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 24 de junio de 2025, a las 08:00:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	78755516
Código de Verificación	78755516250624080048

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

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Jose Isaias morales
CEDULA: 78755516 (lorica cordoba).
EMPRESA / CONTRATISTA: WHR.
CARGO: Ayudante.
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana lucia camelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: wendy poveda.
DIRECCIÓN: San fransisco (Barrio).
TELÈFONOS: 3109563868.

AFILIACIONES

ARL: sura (21/06/25).
EPS: salud total.
PENSIONES: proteccion
CAJA COMPENSACION: colsubsidio.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria.
EDAD: 50. 25/02/1975.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jose Morales
CEDULA DE CIUDADANÍA: 78755516
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana camelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jose Morales

CEDULA DE CIUDADANÍA: 79755516.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo.

Scanned with

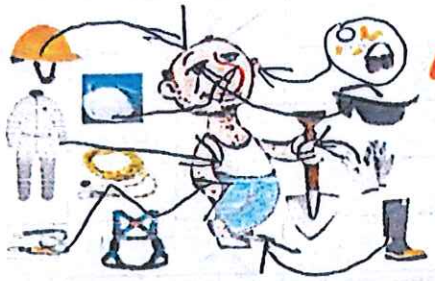
CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

☒ INDUCCION ☐ DUCCION

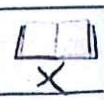
NOMBRE: Jose Isais. Morales. FECHA: 29/08/2025.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: WHR.

1. Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

 X	 X	 X	 X	 ✓
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
	 X		 X	
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No tomar
No fumar.
No drogas.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el Ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

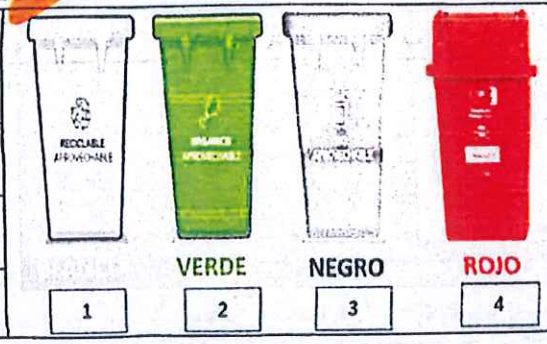
RTA: Afiliaciones cedula. induccion

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	☒ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Boteilas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores	X	
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!
NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Ana lucia camelo.	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25.

Yo Jose Isaias Morales identificado (o) con C.C 78755515 de Lorica quien desempeña el cargo de Ayudante. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	20/08/25.	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral				
Valoración por medicina general	X			
Alimentación Sana			X	
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jose Isaias morales. Cargo: Ayudante. Firma: Jose Morales

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Isaias. Morales.

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Jose morales. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 78755516 de brica cordoba., me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante. informó que

SI. acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
JOSE MORALES	27/08/2025.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.046.130
SOTO ESTEVES
APELLIDOS
KEVIN JAIR
NOMBRES
Kevin Soto
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-2001
TIBU
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
30-JUL-2019 TIBU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-2509300-01097631-M-1005046130-20190905 0067656698A 1 53444587

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000554597

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 04/06/2025 10:00:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: KEVIN JAIR SOTO ESTEVES C.C 1005046130

EDAD 23 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a ... médica el dia de hoy expidiendo el siguiente CONCEPTO:

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/ SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Kevin Soto
FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Pablo E. Salinas
Pablo E. Salinas
Médico Especialista
Salud Laboral
C.C 1073.677.276
I.S.O 3395-2020
FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 03 de June de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005046130	SOTO ESTEVES KEVIN JAIR	04/06/2025		18616246	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/06/2025 18:13:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014852006	03/06/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SOTO (Primer apellido)	ESTEVES (Segundo apellido)	KEVIN (Primer nombre)	JAIR (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1005046130	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	07/07/2001

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: NTE.SANTANDER	Municipio: TIBU		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
TV 44 B 78 A 06 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3144385991 (Telefono celular)	ESTEVESKEVIN79@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	zona: 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						52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular
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)
WHR URBANISMOS SAS	NIT	900931521	

59.Ubicación				
CL 80 42 69 SUR (Dirección)	3142431439 (Teléfono fijo o celular)	XYOMY0011@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014852006

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|4|0|6|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, así como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOTO ESTEVES KEVIN JAIR** identificado(a) con **CC** número **1.005.046.130** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de abril de 2025 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de junio de 2025.

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) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) SOTO ESTEVES KEVIN JAIR identificado(a) con CC No. 1005046130, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 10/06/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 04/06/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 10/06/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:55:17 AM horas del 10/06/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1005046130**

Apellidos y Nombres: **SOTO ESTEVES KEVIN JAIR**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 273473126

PIB
07:53:49

Bogotá DC, 10 de junio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KEVIN JAIR SOTO ESTEVES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005046130:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de junio de 2025, a las 07:58:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005046130
Código de Verificación	1005046130250610075816

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

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Kevin Jair soto.
CEDULA: 1005046130 (Norte santander).
EMPRESA / CONTRATISTA: W H R.
CARGO: Ayudante
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/25
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: wendy poveda.
DIRECCIÓN: San Francisco (Barrio).
TELÉFONOS: 3108563868

AFILIACIONES

ARL: sura. (04/06/25)
EPS: salud total
PENSIONES: Protección
CAJA COMPENSACION: caj subsidio.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: A+
EDAD: 24 07/07/2001.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Kevin Soto
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1005046130.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leido las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Kevin Soto

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1005-046130

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacumelo

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

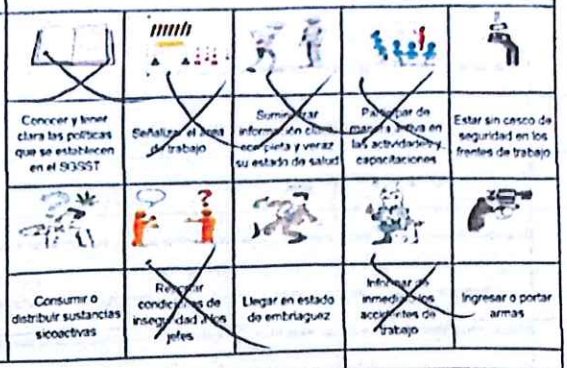
NOMBRE: Kevin Jair Soto FECHA: 27/08/25.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: WHX

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No drogas, tabaco alcohol.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

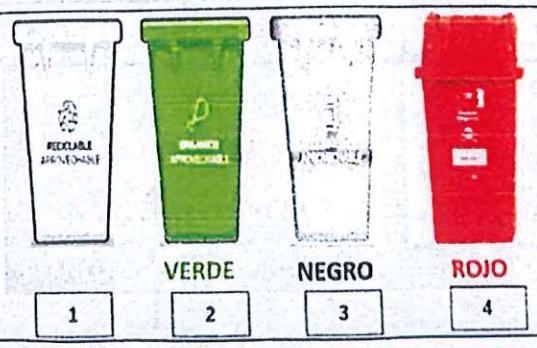
RTA: cedula Induccion Afiliaciones

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	[X] Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias (Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de sugurdad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Arcamelo.	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 9/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25.

Yo Kevin Jair Soto identificado (o) con C.C 1005216130 de Norte de Santander quien desempeña el cargo de _____ aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	04/06/25	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				
sin restriccion				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Kevin Jair Cargo: Ayudante. Firma: Kevin Soto

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/25.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Kevin Jair Soto.

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Kevin Jair Soto identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1005046130 de Norte santander, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante. informó que

Si acepto realizarme el examen de egreso.

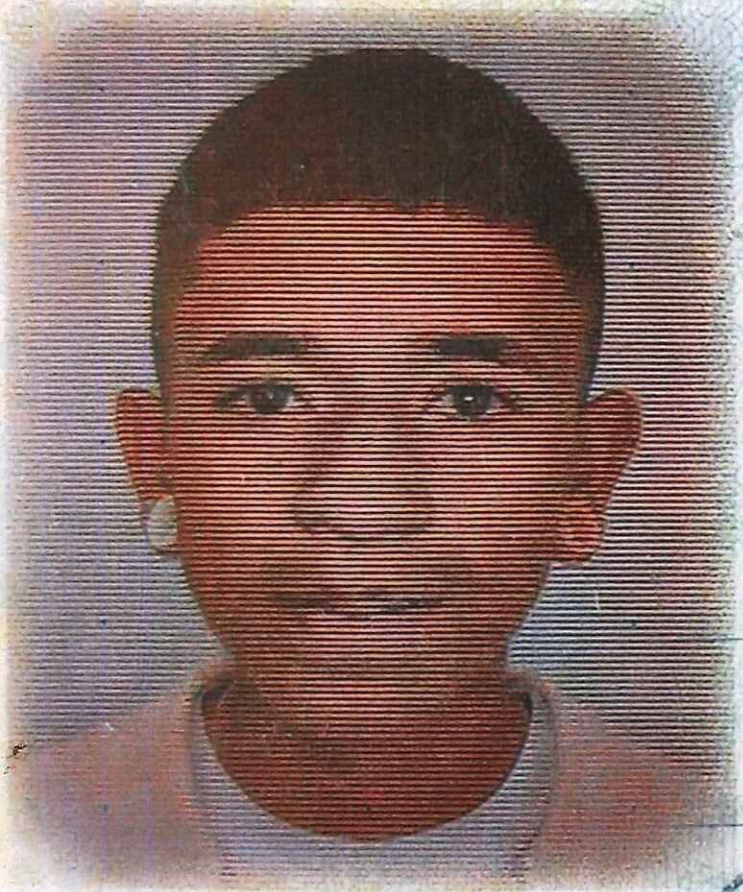
Firma:	Fecha:
Kevin Soto	27/08/25.

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I<COL0255040974150 01<<<<<<<<<<<<<<<
0504139M3307250COL10275359950<<<<<<<
HERNANDEZ<PARRA<<KEVIN<STIVEN<<<<<<<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.027.535.995

Apellidos
HERNANDEZ PARRA

Nombres
KEVIN STIVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
13 ABR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 JUL 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
25 JUL 2033

Firma
KEVIN HERNANDEZ

375

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO 0000520135

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 09:01:44

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: KEVIN STIVEN HERNANDEZ PARRA **C.C** 1027535995

EDAD 19 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑		
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**				
Audiometría	☑					
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑			
		Otros	☐			

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
VALORACION OFTAMOLOGIA
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 06 de May de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1027535995	HERNANDEZ PARRA KEVIN STIVEN	07/05/2025		234255Y1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 18:44:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014686045	0|6|0|5|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
HERNANDEZ (Primer apellido)	PARRA (Segundo apellido)	KEVIN (Primer nombre)	STIVEN (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1027535995	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	1|3|0|4|2|0|0|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
CL 1 2 3... Dirección	7780634 Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona: 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
	País:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo 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	País	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: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	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			

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)
WHR URBANISMOS SAS	NIT	900931521	

59.Ubicación				
CL 80 42 69 SUR Dirección	3142431439 Teléfono fijo o celular	XYOMY0011@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4014686045

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la 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
- [x] 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.
- [x] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|7|0|5|2|0|2|5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ PARRA KEVIN STIVEN** identificado(a) con **CC** número **1.027.535.995** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de mayo de 2025 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 06 de mayo de 2025.

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) 744 44 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**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ PARRA KEVIN STIVEN identificado(a) con CC No. 1027535995, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 10/06/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 07/05/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 10/06/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:51:49 PM horas del 06/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1027535995**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ PARRA KEVIN STIVEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de mayo de 2025, a las 19:53:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1027535995
Código de Verificación	1027535995250506195311

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270880977

PIB
19:54:14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KEVIN STIVEN HERNANDEZ PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1027535995:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Kevin stiven hernandez.
CEDULA: 1027535995. (Bogota)
EMPRESA / CONTRATISTA: WHK
CARGO: Ayudante
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/25.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: Wendy poveda.
DIRECCIÓN: San francisco barrio.
TELÉFONOS: 310 856 3868

AFILIACIONES

ARL: sura. (07/05/2025).
EPS: salud total
PENSIONES: proteccion.
CAJA COMPENSACION: colsubsidio.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller
EDAD: 20 13/04/2005.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1027535995.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: □ Trabajo en alturas □ Trabajos en caliente □ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de Ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad Industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1027535995

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

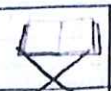
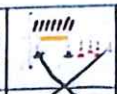
NOMBRE: Kevin Stiven Hernandez. FECHA: 27-08-2025.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: WHR.

1. Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

				
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias psicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No alcohol, tabaco drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

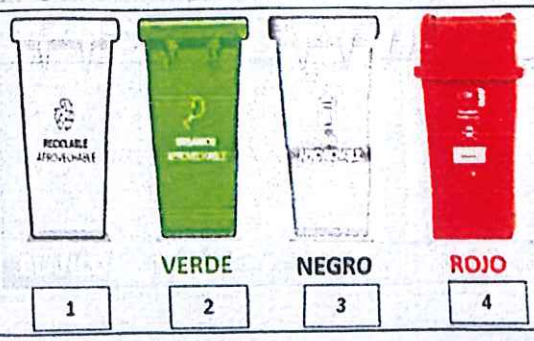
RTA: cedula. Induccion Afiliaciones.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	(X) Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotación de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Anacamelo.	Fecha: 27/02/25	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración:

Yo Kevin Steven Hernandez identificado (o) con C.C 1027535115 de Bogotá, quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna	X			
Estilo de vida saludable			X	
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Kevin Hernandez Cargo: Ayudante Firma: KHA

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/25.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Kevin stiven Hernandez.

CARGO: Ayudante.

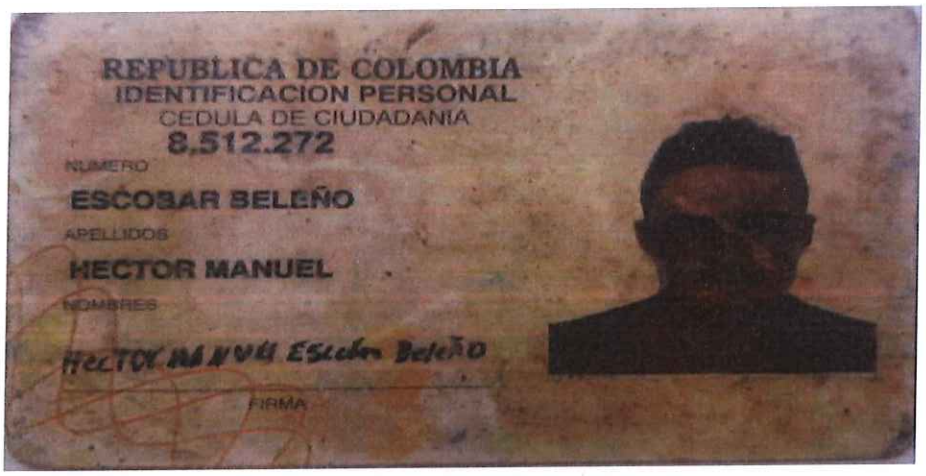
ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

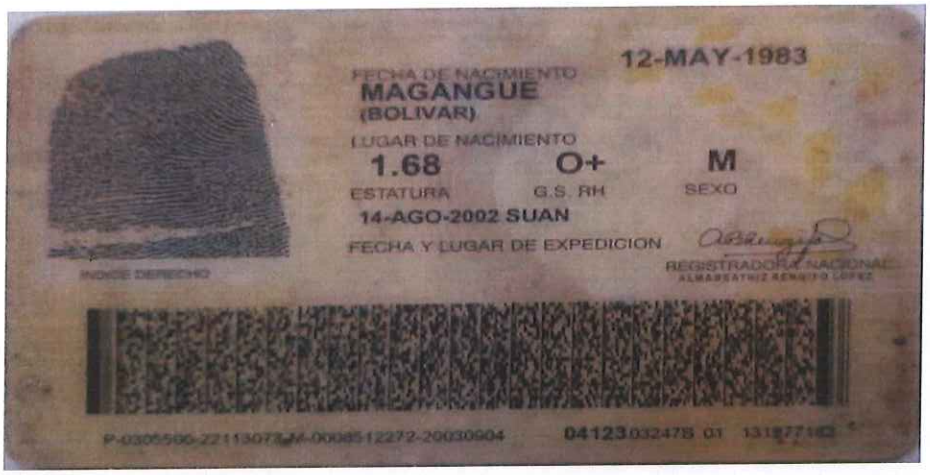
Yo Kevin stiven Hernandez. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1027535995. de Bogota D.C., me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

si acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha: 27/08/25.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
8.512.272
NUMERO
ESCOBAR BELEÑO
APELLIDOS
HECTOR MANUEL
NOMBRES
Hector Manuel Escobar Beleño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1983
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-AGO-2002 SUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0305500-22113078-M-0008512272-20030904 0412303247S 01

391

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS Ltda

Régimen : REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520050

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:20:34

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HECTOR MANUEL ESCOBAR BELEÑO C.C 8512272

EDAD 41 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometria	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometria	☐	¿Cuáles?	
Audiometria	☑		
Espirometria	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ / VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS//USO DE LENTES PARA LABORAR CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

HECTOR

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

ARL | sura

Medellín, 20 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C8512272	ESCOBAR BELEÑO HECTOR MANUEL	21/01/2025		18722240	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/01/2025 23:50:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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:

HECTOR MANUEL ESCOBAR BELEÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.512.272**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HECTOR MANUEL ESCOBAR BELENO identificado(a) con CC No. 8512272, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 21/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 22/01/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:38:10 AM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **8512272**

Apellidos y Nombres: **ESCOBAR BELEÑO HECTOR MANUEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 00:38:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	8512272
Código de Verificación	8512272250122003847

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262361451

PIB
00:37:35
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) HECTOR MANUEL ESCOBAR BELEÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 8512272:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Hector Manuel escalar.
CEDULA: 85 12 272. (Magangue Bolivar)
EMPRESA / CONTRATISTA: WHR
CARGO: Ayudante.
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: wendy poveda
DIRECCIÓN: san Fransisco Barrio.
TELÉFONOS: 310 856 38 68

AFILIACIONES

ARL: sura (21/01/2025).
EPS: salud total
PENSIONES: Porvenir
CAJA COMPENSACION: col subsidio.

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+
NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____
EDAD: 12/05/1983.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Hector
CEDULA DE CIUDADANÍA: 85 12 272.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbiquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas	X	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental	X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Seguridad, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: HECTOR

CEDULA DE CIUDADANÍA: 85122722.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Hector manuel Escobar FECHA: 27/08/2025.

CARGO: Ayudante CONTRATISTA: CWHR

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No alcohol tabaco drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

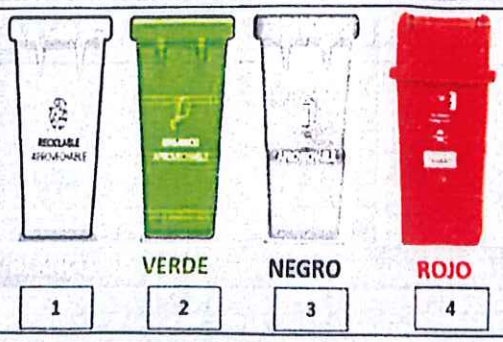
RTA: x cedula, induccion. x Afiliaciones.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	X Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Carton Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias.
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar los elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Ana Camelo	Fecha: 27/08/25.	Calificacion: 8/8.	APROBADO: SI [X] NO [ ]

Scanned with CamScanner

SST-FR-004	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST-FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

CONSORCIO PARQUES VERDES

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25.

Yo Hector Beleño identificado (o) con C.C 85 12272 de Magangue Bolivar quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna	X			
Estilo de vida saludable			X	
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica				
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				
SIN RESTRICCIÓN				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Hector Beleño. Cargo: Ayudante. Firma: HECTOR

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Hector manuel Beleño.

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Hector manuel Beleño. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 85.12.272. de Magangue Bolivar., me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
HECTOR	27/08/2025.

Scanned with



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1986

LANDAZURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | A- G.S. RH | M SEXO

31-MAY-2004 CIMITARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2704500-01021379-M-1099542642-20180710 0061868812A 1 9904883355

CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.099.542.642
HERNANDEZ REBUELTAS

APELLIDOS
HEVER

NOMBRES
HEVER HERNANDEZ R.

FIRMA

CamScanner

Powered by CamScanner

INISUR IPS Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

GLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520054

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:25:24

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: HEVER HERNANDEZ REBUELTAS **C.C** 1099542642

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐	Trigli ☐ Otros ☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
/ VALORACION OFTAMOLOGIA
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Clinis

ARL | sura

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1099542642	HERNANDEZ REBUELTAS HEVER	08/01/2025		f2101772	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 21:01:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013948877	1|4|0|1|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

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

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

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

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: HERNANDEZ	Segundo apellido: REBUELTAS	Primer nombre: HEVER	Segundo nombre:

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1099542642	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	2|7|0|3|1|9|8|6

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: SANTANDER	Municipio: LANDAZURI	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
Dirección: CL 80BSUR 42 69	Telefono fijo:	Telefono celular: 3045316388	Correo electronico: HH.REVUELTAS@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: 57	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

32. Nacionalidad	33.Lugar 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							52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular
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)
WHR URBANISMOS SAS	NIT	900931521	01

59.Ubicación				
Dirección: CL 80 42 69 SUR	Teléfono fijo o celular: 3219718	Correo electrónico: SGSST.WH2024@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

408

...APIO UNICO DE AFIL... FORMUL...

No de Radicacion

No de Radicacion
4013948877

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la Identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|8|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

HEVER HERNANDEZ REBUELTAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.542.642**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



410

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HEVER HERNANDEZ REBUELTAS identificado(a) con CC No. 1099542642, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 20/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 08/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 20/01/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:50:35 PM horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1099542642**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ REBUELTAS HEVER**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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

DIJIN

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

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

20/1/25, 22:50

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de enero de 2025, a las 22:40:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1099542642
Código de Verificación	1099542642250120224019

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262249584

PIB
22:42:09
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) HEVER HERNANDEZ REBUELTAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1099542642:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☑ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Heuer Hernandez rekuvetas.
CARGO: Ayudante
CEDULA: 1094542642.
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.
EMPRESA / CONTRATISTA: WHR urbanismos.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana lucia camelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: Wendy Acevedo.
DIRECCIÓN: San Francisco (Barrio)
TELÉFONOS: 3108563868.

AFILIACIONES

ARL: sura (08-01-2025).
EPS: salud total
PENSIONES: porvenir.
CAJA COMPENSACION: colsubsidio.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: A-
NIVEL DE ESCOLARIDAD
EDAD 39 27/03/1986.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: HEUER. HERNANDEZ
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1094 542 642.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Camelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elomentos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: HEVER HERNANDEZ

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1094542642

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacmelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

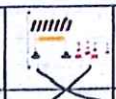
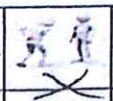
NOMBRE: Hever Hernandez rebueltas. FECHA: 27/08/2025.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: WHR.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

 X	 X	 X	 X	
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
	 X		 X	
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA:
No tabaco.
No droga.
No alcohol.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

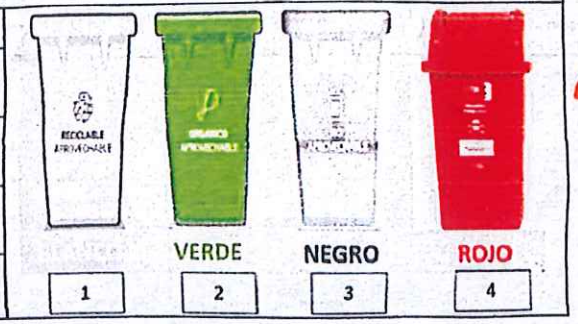
RTA:
- seguridad social.
- cedula, induccion.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	X Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Araceli Melo.	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25.

Yo Hever Hernandez identificado (o) con C.C 1095542640 de Santander quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/25	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna	X			
Estilo de vida saludable			X	
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia	X			
Dieta y ejercicio			X	
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general	X			
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada			X	
Control Anual por EPS				

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Hever Hernandez Cargo: Ayudante Firma: HEVER HERNANDEZ

CONSORCIO PARQUES VERDES	**CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL**	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/09/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Heuer Hernandez rebueltas.

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

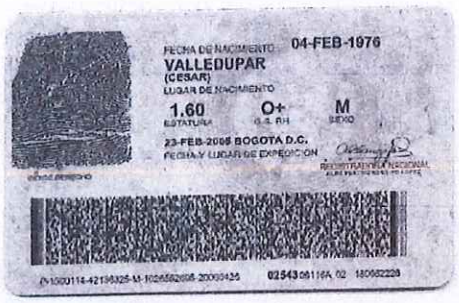
Yo Heuer Hernandez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1099542642 de Santander., me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante. informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
HEUER. HERNANDEZ	27/09/2025.

Scanned with





Scanned with

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520053

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:22:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO:ADINAEL ENRIQUE MARTINEZ ARIAS C.C 1026552695

EDAD 48 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL // VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS//USO DE LENTES PARA LABORAR

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud

ARL | sura

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1026552695	MARTINEZ ARIAS ADINAEL ENRIQUE	08/01/2025		OU200156	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 21:14:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013948899	1|4|0|1|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MARTINEZ (Primer apellido)	ARIAS (Segundo apellido)	ADINAEL (Primer nombre)	ENRIQUE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1026552695	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	0|4|0|2|1|9|7|6

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CESAR	Municipio: VALLEDUPAR	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia			
Dirección: CL 110 N5 A 15	Telefono fijo:	Telefono celular: 3002847785	Correo electronico: ADINAELENRIQUEMARTINEZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento		
	Pais:	Departamento:	Municipio:

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

	35. Apellidos y nombres				36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				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						52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular
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 SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
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)
WHR URBANISMOS SAS	NIT	900931521	01

59.Ubicación				
Dirección: CL 80 42 69 SUR	Teléfono fijo o celular: 3219718	Correo electrónico: WH20HERNANDEZ@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

424

No de Radicacion
4013948899

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|8|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

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:

ADINAEL ENRIQUE MARTINEZ ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.552.695**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ADINAEL ENRIQUE MARTINEZ ARIAS identificado(a) con CC No. 1026552695, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 20/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 08/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 20/01/2025

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de enero de 2025, a las 23:00:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1026552695
Código de Verificación	1026552695250120230037

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

WWW

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

Fecha y hora de consulta:
11:01:45 PM horas del 20/01/2025,

La Policía Nacional de Colombia informa:

El resultado de su consulta no puede ser generado.
Por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas para que pueda adelantar su consulta.

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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262250078

PIB
22:59:07
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADINAEL ENRIQUE MARTINEZ ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026552695:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1
		feb-25
		SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: ADinael enrique martinez
CARGO: Ayudante.
CEDULA: 1026552695.
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.
EMPRESA / CONTRATISTA: WHR
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana lucia camelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.
NOMBRE: wendy loaveda.
DIRECCIÓN: san Francisco Barrio.
TELÉFONOS: 3108563869

AFILIACIONES

ARL: sura. 08/01/2025.
EPS: salud total
PENSIONES: porvenir.
CAJA COMPENSACION: colsubsidio.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria.
EDAD 49. 04/02/1976.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR:

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1026552695.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana camelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

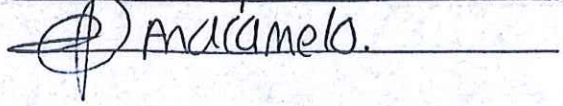
RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Seguridad, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: 

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1126552695.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN:  Anacamelo.

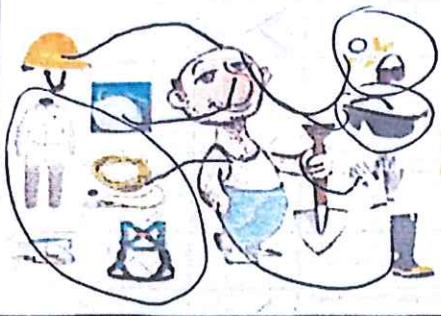
CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

NOMBRE: Adinael enrique martinez FECHA: 27/08/2025

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: W HR.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: NO consumir estas sustancias.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

RTA: cedula. seguridad social.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	[X] Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por:	Fecha:	Calificacion:	APROBADO: SI	NO
Aracamelo.	27/08/25	8/8	X	

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración:

Yo ADIADEL ENRIQUE identificado (o) con C.C 1326552615 de Valledupar quien desempeña el cargo de AUXILIAR acepto haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico			Observaciones
	SI	No	N/A	
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X		X	
Control Anual por EPS				

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico			Observaciones
	SI	No	N/A	
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES			X	
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Adinael enrrique martinez.

CARGO: Auudiante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Adinael enrique martinez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1026552645 de Valledupar, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Aquidante informó que

SI. acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
	27/08/2025.

Scanned with

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 74.020.353
CETINA BAEZ
APELLIDOS
FABIO EMILIO
NOMBRES
Fabio Emilio Cetina Baez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1982
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-MAY-2000 CHITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0707300-01000254-M-0074020353-20180426 0060933297A 1 9904146380

Clinisur IPS Ltda.

Régimen : REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520068

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:46:17

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: FABIO EMILIO CETINA BAEZ C.C 74020353

EDAD 42 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gomez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Reg.4451 C.C 80.766.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C74020353	CETINA BAEZ FABIO EMILIO	08/01/2025		15621724	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 21:34:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

[redacted]

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/01/2025, el empleador WHR URBANISMO identificado con NIT número 900931521 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8207994	21/01/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74020353	FABIOEMILIO CETINA BAEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-01-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

porvenir
sólo hay uno

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:

FABIO EMILIO CETINA BAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.020.353**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) FABIO EMILIO CETINA BAEZ identificado(a) con CC No. 74020353, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 21/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 08/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 21/01/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:30:22 PM horas del 21/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **74020353**

Apellidos y Nombres: **CETINA BAEZ FABIO EMILIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 262359064

PIB
22:29:56
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FABIO EMILIO CETINA BAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 74020353:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Fabio emilio cetina Baez.
CEDULA: 74020353.
EMPRESA / CONTRATISTA: WHR.
CARGO: oficial
FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana lucia camelo

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa
NOMBRE: wendy poveda.
DIRECCIÓN: san Francisco Barrio.
TELÉFONOS: 3108563868.

AFILIACIONES

ARL: Sura 08/09/2025.
EPS: Nueva Eps
PENSIONES: porvenir.
CAJA COMPENSACION: colsubsidio.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria.

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+
EDAD: 43. 03/05/1982.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 74020353.
FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana camelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1
		feb-25
		SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: 74020353

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

☒ INDUCCION ☐ UCCION

NOMBRE: Fabio Ortiz FECHA: 27/08/2025.

CARGO: Oficial CONTRATISTA: W HR.

1. Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

Conocer y leer clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No consumir esto en el trabajo.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

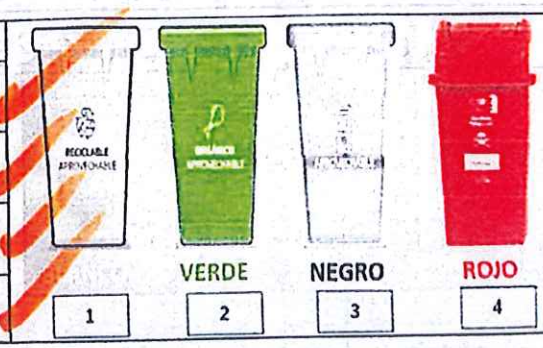
RTA: cedula seg. social.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	☒ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP.	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Anacamelo.	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 8/8.	APROBADO: SI [X] NO [ ]

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración:

Yo Fabio Cetina identificado (o) con C.C 74080353 de Boyaca quien desempeña el cargo de Oficial aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada				
Control Anual por EPS			X	
Recomendación médica para el área de trabajo	**Diagnostico SI**	**No**	**N/A**	**Observaciones**
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Fabio Cetina Cargo: Oficial Firma:

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08 2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fabio retina Baez.

CARGO: Oficial

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Fabio retina Baez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 74020353 de Boyaca, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como _____ informó qué

51 acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha: 27/08/2025.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.639.487
BAEZ GARCIA

NOMBRES
STIVEN URIEL

FIRMA
Steven Uriel Baez



Direccion : TRANSVERSAL 40 #173 B 43 502

Celular = 3214157342

Correo electronico = URIELBAEZ2404@GMAIL.COM



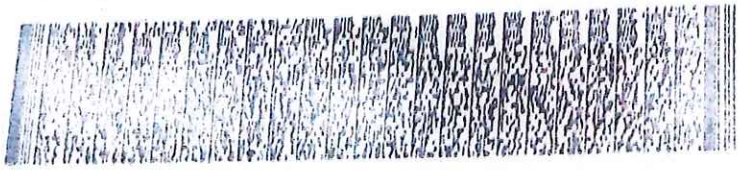
FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

29-ABR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1509150 00306234 M 1024639487 20110607 0027149662A 1 35567412

CLINISUR IPS 1 LTDA

Clinisur

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520052

Clinisur

Régimen: RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:21:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: STIVEN URIEL BAEZ GARCIA C.C 1024539487

EDAD 31 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL //USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gomez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res 4451 C.C 80.796.985

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

ARL | sura Clinisur

Medellín, 07 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024539487	BAEZ GARCIA STIVEN URIEL	08/01/2025		20146246	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/01/2025 21:40:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO

compensar salud eps

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

No. de Radicación:

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 6/02/2025

06 FEB 2025 CAD-671 Sandra Liliana Rincón R. SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒	A. Contributivo ☒	SI ☐	A. Cotizante ☒	A. Dependiente ☒	01
B. Reporte de Novedades ☒	• Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐	No ☒	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente ☐	
	B. Colectivo ☐			C. Beneficiario ☐	C. Pensionado ☐	
	C. Institucional ☐			D. Afiliado adicional ☐		
	D. De oficio ☐					

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

8. Apellidos y nombres			
Baez	Garcia	Stiven	Uriel.

9. Tipo de documento de Identidad	10. Número de documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
C.C	1.024.539.487	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?	Colombiana	Colombia	Bogotá	24-04-1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ No ☐	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
SI ☐ No ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		Sura.

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Colpensiones	1.423.500		TV 40 # 73 B 43 sur

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	3214157342	Urielbaez2404@gmail.com

Departamento	Municipio	Zona
Bogotá	Ciudad Bolivar	Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

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

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

28. Tipo de documento de Identidad	29. Número de documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

454

1	MODELO DE ATENCION USS AV EL DORADO CR 32		1099
01	C		
02			
03			
04			
05			

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
WH2 Urbanismos S.A.S		NIT	900931521
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	59. Ubicación		
	Calle 80 sur # 42-69		3219711B433
Teléfono fijo o Celular	wh2hernandez@gmail.com	Bogotá	Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	62. Número de documento de identidad	63. Sexo Biológico	Femenino	Masculino	64. Sexo Identificación	F M T NB Otro Cuál?	
65. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	66. EPS anterior	67. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	8/01/2025		68. Motivo de traslado Cod.	69. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

Wilson Hernadez R.	Stiven Baez.
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

COT: 1024539487

Aporte Marzo D y D On Base

06 FEB 2025
Cód471 Sandra Liliana Rincón G.
SUMETO A VERIFICACIÓN

FOR-EPSVTA-0002 V002

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **STIVEN URIEL BAEZ GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1024539487,** se encuentra afiliado/a desde **12/03/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JOSE LUIS SANTAELLA BERMUDEZ
Director de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) STIVEN URIEL BAEZ GARCIA identificado(a) con CC No. 1024539487, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 21/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 08/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 21/01/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:39:35 PM horas del 21/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1024539487**

Apellidos y Nombres: **BAEZ GARCIA STIVEN URIEL**

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

458

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

21/1/25, 22:39

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262359398

PIB
22:38:58
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) STIVEN URIEL BAEZ GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024539487:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Stiven uriel Baez Garcia. CARGO: Ayudante.

CEDULA: 1024 539 487 FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025

EMPRESA / CONTRATISTA: IWHR NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.

NOMBRE: wendy poveda

DIRECCIÓN: san francisco (Barrio)

TELÉFONOS: 310 856 38 68.

AFILIACIONES

ARL: Sura (03/01/25)

EPS: compensar

PENSIONES: colpensiones.

CAJA COMPENSACION: colsubsidio.

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: A+

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller.

EDAD: 32. 24/04/1993.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Stiven Baez Garcia

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1024 539 487

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

Scanned with

460

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	**Químico:** Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	**Biológico:** Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	**Biomecánico:** Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	**Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	**Fenómenos naturales:** Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Juan Pablo Garcia

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1024 539 487.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Arcangelo.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

NOMBRE: Stiven Uriel Baez FECHA: 27/08/2025.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: W H R.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No consumir esto en la jornada laboral

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

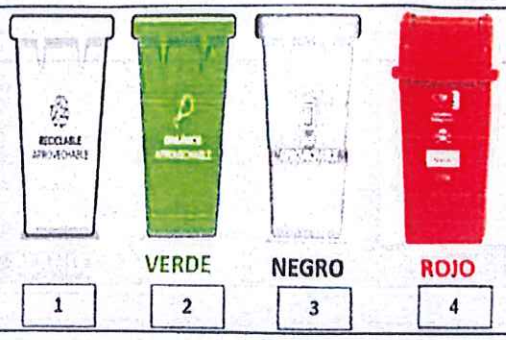
RTA: seguridad social cedula.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 días	☒ Inmediatamente
○ Despues de 8 días	○ Al día siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Carton Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc.		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2,



Scanned with

CONSORCIO PORQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias.
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Arquimedes	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25.

Yo Stiven Baez. identificado (o) con C.C 1024533183 de Bogota quien desempeña el cargo de Ayudante acepto haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	
Recomendación médica para el área de trabajo	**Diagnostico SI**	**No**	**N/A**	**Observaciones**
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Stiven Baez Cargo: Ayudante. Firma: Stiven Baez Garcia

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Stiven Uriel Baez Garcia.

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Stiven Uriel Baez Garcia. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1024539497 de Bogota, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Stiven Baez Garcia	27/08/2025.

Scanned with


REPÚBLICA DE COLOMBIA
1.097.991.316
HERNANDEZ SOTO
JAIDER ESTIVEN
COL
1.71
M
31 MAYO 2005 A+
LANDAZURI (SANTANDER)
22 JUN 2023 BOGOTA D.C
Jaider Stiven
22 JUN 2033


0235438924
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL0235438924150O1<<<<<<<<<<
0505310M3306220COL1097991316<1
HERNANDEZ<SOTO<<JAIDER<ESTIVEN

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

Régimen: REGIMEN 1

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520173

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 09:52:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JAIDER ESTIVEN HERNANDEZ SOTO C.C 1097991316

EDAD 19 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Jaider Hernandez

FIRMA DEL PACIENTE

Huella Dactilar

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.798.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned with

ARL | sura

Medellín, 29 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1097991316	HERNANDEZ SOTO JAIDER ESTIVEN	30/01/2025		31217247	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/01/2025 09:09:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 29/01/2025, el empleador WHR URBANISMO identificado con NIT número 900931521 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8263610	29/01/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1097991316	JAIDERESTIVEN HERNANDEZ SOTO	1423500	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2025-01-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Enero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ SOTO JAIDER ESTIVEN** identificado(a) con **CC** número **1.097.991.316** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de febrero de 2025 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de febrero de 2025.

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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022611454

Protección

Whr Urbanismos Sas, ¡Gracias!

Hemos enviado un mensaje a **Jaider Hernandez**, al correo **jaidersoto222@gmail.com** y al celular **322 341 79 77**, quien deberá confirmar y aceptar su afiliación para finalizar este proceso. En los próximos días te estaremos enviando un correo electrónico con el **certificado de afiliación**



Realizar otra afiliación

Conoce nuestros privilegios

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JAIDER ESTIVEN HERNANDEZ SOTO identificado(a) con CC No. 1097991316, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 29/01/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 29/01/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 29/01/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:36:55 AM horas del 29/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1097991316**

Apellidos y Nombres: HERNANDEZ SOTO JAIDER ESTIVEN

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de enero de 2025, a las 09:34:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1097991316
Código de Verificación	1097991316250129093429

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262976653

PIB
09:38:47
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JAIDER ESTIVEN HERNANDEZ SOTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1097991316:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Xaider estiven Hernandez. CARGO: Aprendiz.

CEDULA: 1047991316. FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.

EMPRESA / CONTRATISTA: CWHS NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Ana Lucia Camelo.

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa

NOMBRE: Wendy Acuña.

DIRECCIÓN: San Francisco.

TELÉFONOS: 3108563868

AFILIACIONES

ARL: Sura. (30-01-2025).

EPS: Nueva EPS

PENSIONES: Protección.

CAJA COMPENSACION: Colsubsidio.

NIVEL DE ESCOLARIDAD Bachiller.

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH A+.

EDAD 20. (31/05/2005.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Xaider Hernandez

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1047991316.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que están expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, coña, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: □ Trabajo en alturas □ Trabajos en caliente □ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jaime Hernandez

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1047491376.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

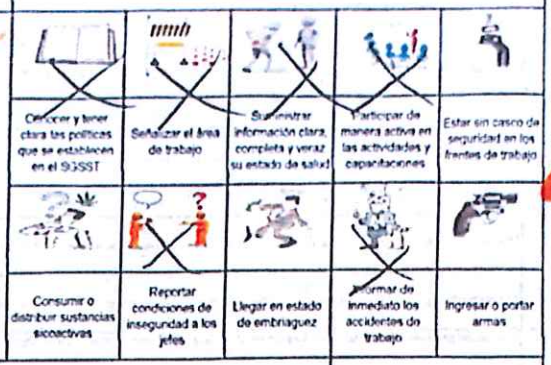
NOMBRE: Jaider Hernandez FECHA: 27/02/25.

CARGO: Ayudante. CONTRATISTA: UTH

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: No consumir estas sustancias

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

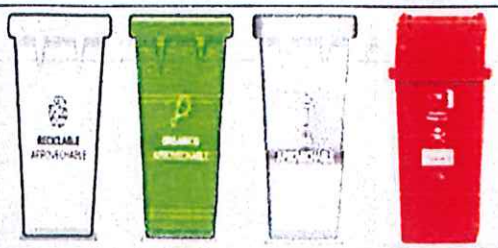
RTA: cedula, seguridad social

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	~~Inmediatamente~~
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

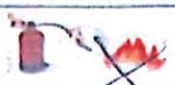
RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Carton Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el Área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Ana Camelo	Fecha: 27/08/25	Calificacion: 8/8.	APROBADO: SI [X] NO [ ]

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/09/25.

Yo Jaider Hernandez identificado (o) con C.C 1094741376 de Santander (Santander) quien desempeña el cargo de Ayudante. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto	X	Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jaider Hernandez Cargo: Ayudante. Firma: _____

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jaider Hernandez

CARGO: Ayudante.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Jaider Hernandez. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1097991316 de Bucaramanga Santander. me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Ayudante informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Jaider Hernandez	27/08/2025.

Scanned with





Scanned with CamScanner

Clinisur IPS Ltda

Régimen : REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000520136

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 09:04:22

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOBEL HERNANDEZ MURCIA C.C 91362377

EDAD 51 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometria	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometria	☐	¿Cuáles?	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL / /USO DE LENTES PARA LABORAR CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR /REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned with

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	91362377
NOMBRES	JOBEL
APELLIDOS	HERNANDEZ MURCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/08/2024 22:39:46	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ARL | sura

Medellín, 14 de March de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C91362377	HERNANDEZ MURCIA JOBEL	15/03/2025		149206m2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/03/2025 22:06:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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:

JOVEL HERNANDEZ MURCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.362.377**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOBEL HERNANDEZ MURCIA identificado(a) con CC No. 91362377, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 17/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 15/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/03/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:40 AM horas del 17/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **91362377**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ MURCIA JOBEL**

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

491

17/3/25, 11:22

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de marzo de 2025, a las 11:22:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	91362377
Código de Verificación	91362377250317112253

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 266534799

PIB
11:24:24

Bogotá DC, 17 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOBEL HERNANDEZ MURCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91362377:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: Abel Hernandez Murcia. CARGO: Oficial.

CEDULA: 91362377 (Bucaramanga Santander). FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION: 27/08/2025.

EMPRESA / CONTRATISTA: WHR. NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN: Andrea Meb

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO): SST empresa.

NOMBRE: Wendy Poveda.

DIRECCIÓN: San Fransisco (Barrio).

TELÉFONOS: 3109563968.

AFILIACIONES

ARL: Sura

EPS: Sanitas

PENSIONES: Porvenir.

CAJA COMPENSACION: Cafasubsidio.

INFORMACIÓN MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: O+

NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____

EDAD: 51. 16/12/1973.

PROGRAMA DE INDUCCIÓN	
PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	**DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Abel Hernandez

CEDULA DE CIUDADANÍA: 91362377

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Andrea Meb.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	X	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	X
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	X	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	X
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental	X	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	X
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	X	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	X
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	X	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	X

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Segurida, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: David Hernández

CEDULA DE CIUDADANÍA: 91.362.377

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Ana Camelo.

Scanned with

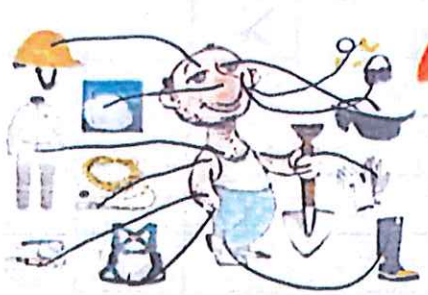
CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

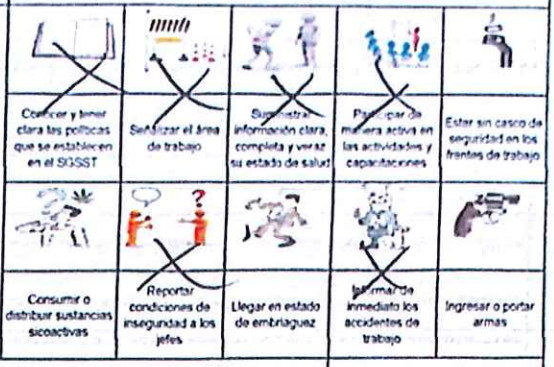
NOMBRE: Jobel Hernandez Murcia. FECHA: 27/08/25

CARGO: oficial CONTRATISTA: UJ HR.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)



3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: NO fomar. NO fomar. NO drogas

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

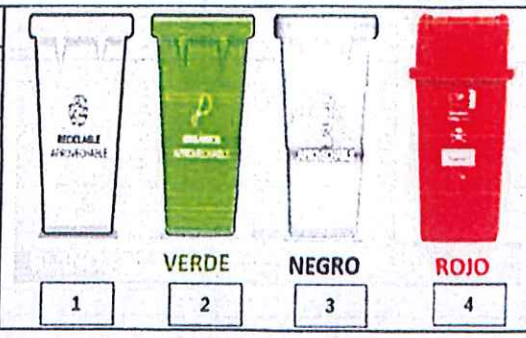
RTA: cedula, seguridad social, inducción.

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	[X] Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones. (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2.0 mts	X	
3	El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el Área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!
NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por:	Fecha:	Calificacion:	APROBADO: SI	NO
Ana Cameb.	27/08/25	8/8.	X	

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/09/25

Yo Jobel Hernandez identificado (o) con C.C 91362377 de Bucaramanga. quien desempeña el cargo de oficial aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS				

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	Diagnostico No	Diagnostico N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica				
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				
Sin restricciones.				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jobel Hernandez Cargo: oficial. Firma: Jobel Hernandez

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jobel Hernandez

CARGO: Oficial.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo Jobel Hernandez identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 91362377. de Landazuri santander., me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Oficial informó que

Si acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Jobel Hernandez	27/08/2025.

Scanned with


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.860.708
CIFUENTES CETINA
APELLIDOS

SEVERO
NOMBRES

Severo Cifuentes C.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1990
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85 A- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-MAY-2008 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4000500-00155070-M-1116860708-20090424 0011000157A 1 20293472

Powered by CamScanner

500

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

90014826

NÚMERO
0000520046

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: WHR URBANISMOS SAS FECHA 03/12/2024 07:00:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: SEVERO CIFUENTES CETINA **C.C** 1116860708

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO	☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO	☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ MEJORAR HIGIENE POSTURAL / CONTROL POR NUTRICION EPS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Severo Cifuentes

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

501

ARL | SURA

ARL | SURA

Medellín, 22 de April de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de WHR URBANISMOS SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1116860708	CIFUENTES CETINA SEVERO	23/04/2025		163182i9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2025 16:07:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

502

ACIÓN Y REGIS... FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: Primer apellido: Cifuentes	Segundo apellido: Cetina	Primer nombre: Severo.	Segundo nombre
9. Tipo documento de identidad: C.C	10. Número de documento de identidad: 1.116.860.708	11. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [X]	12. Sexo de identificación F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombia	14. Lugar de nacimiento País: Colombia / Departamento: Boyaca / Municipio: Chita	15. Fecha de nacimiento: 01 10 15 1 9 9 1 0	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia [ ]	17. Comunidad [ ]	18. Discapacidad SI [ ] No [X]	Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN Si [ ] No [ ]	20. Clasificación SISBÉN Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial [ ]	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura	23. Administradora de Pensiones: Porvenir	24. Ingresos base de cotización - IBC: 1.423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Cra 4h # 52-90 sur	Teléfono fijo	3227700547	Correo electrónico: cifuentesgsevero82@gmail.com
Departamento: Cundinamarca	Municipio/Distrito: Bogotá	Localidad/Comuna: Rafael Uribe	Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo de identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento País / Departamento / Municipio		34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social: WHR Urbanismos SAS	56. Tipo de documento de identificación: NIT	57. Número del documento de identificación: 900.931.521-5	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	Dirección: Cll 80 sur # 42-69	Teléfono: 3219718433	Correo electrónico: Wh20hermanos@gmail.com	Departamento: Cundinamarca	Municipio/Distrito: Bogotá

Vigilado Supersalud

capitalsalud eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios 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 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	2 3 0 4 2 0 2 5	Código ☐	

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 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 el celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Severo Cifuentes C.	Wilson Hernandez R.

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CE	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	1	☐	☐	☐	☐	☐

Total Anexos ☐

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 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 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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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.

504

porvenir
sólo hay uno

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:

SEVERO CIFUENTES CETINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.860.708**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

505

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) SEVERO CIFUENTES CELINA identificado(a) con CC No. 1116860708, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de WHR URBANISMOS SAS con NIT 9009315215:

- Fecha de afiliación a la Caja: 29/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 23/04/2025.

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

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
THALIANA SOFIA CIFUENTES PEREZ	1031186826	Hijo	NO	NO	29/04/2025	VIGEN
JHONATAN GABRIEL CEPEDA PEREZ	1049204218	Hijo	NO	NO	29/04/2025	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 29/04/2025

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:06:41 PM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1116860708**

Apellidos y Nombres: **CIFUENTES CETINA SEVERO**

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

22/4/25 17:08

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de abril de 2025, a las 17:11:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1116860708
Código de Verificación	1116860708250422171129

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 269656731

PIB
19:57:55
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SEVERO CIFUENTES CETINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1116860708:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

509

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-002

☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE:	Severo Cifuentes. Celina.	CARGO:	oficial obra.
CEDULA:	1116860708.	FECHA INDUCCIÓN O REINDUCCION:	27/08/2025.
EMPRESA / CONTRATISTA:	WHR	NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN:	Anacamelo.

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (PARENTESCO):	SST empresa.
NOMBRE:	Wendy Poveda.
DIRECCIÓN:	San Fransisco.
TELÉFONOS:	3108563868.

AFILIACIONES

ARL:	sura. (23/04/25)
EPS:	capital salud.
PENSIONES:	porvenir.
CAJA COMPENSACION:	colsubsidio

INFORMACION MEDICA

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: A-

NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____

EDAD: _____ 02/05/1990

PROGRAMA DE INDUCCIÓN

PRESENTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA	DIVULGACIÓN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
Descripción de la empresa	Divulgación de la política de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Divulgación y ubicación del reglamento interno de trabajo	Divulgación del reglamento de higiene y seguridad industrial
Horario de trabajo	Política de No alcohol y drogas
Políticas para el cumplimiento en la empresa	Divulgación del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la actividad
DIVULGACIÓN MEDIO AMBIENTE	Divulgación de normas, procedimientos y estándares para trabajos seguros
Divulgación del manejo apropiado de reciclaje	Elementos de protección personal
Divulgación de rotulación e identificación de productos químicos	Sanciones por incumplimientos a normas y procedimientos de seguridad y salud en el trabajo.
Divulgación del manejo adecuado de uso eficiente de agua y energía	Divulgación de plan de emergencias y brigada de emergencias
Divulgación y manejo apropiado de sustancias peligrosas, sólidos y líquidos	Divulgación sobre capacitaciones y charlas de 5 minutos
Uso de baños y zonas comunes	Notificación de trabajos y tareas de alto riego asociados con la actividad a ejecutar

Certifico que he recibido inducción sobre las políticas de la empresa donde voy a laborar; también certifico que he recibido inducción referente a mi puesto de trabajo, conociendo sobre mis riesgos y la prevención de los mismos, y recibiendo entrenamiento sobre el uso de mis elementos de protección personal y sobre los procedimientos de trabajo seguro, me comprometo a cumplir con todos los requerimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que me exige la compañía para la prevención de los riesgos a los cuales me encuentro expuesto. Declaro libre y espontáneamente que la información aquí presentada es cierta y en constancia firmo

FIRMA DEL TRABAJADOR: Severo Cifuentes

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1116860708.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	ACTA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1
		feb-25
		SST-FOT-002

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Descripción: Notificación de riesgos para los Profesionales, Técnicos, Operarios, Oficiales, y Ayudantes que realicen trabajos relacionados con el cargo y que estén expuestos a los riesgos de su actividad, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor a desarrollar.
Elementos de protección personal: Botas de seguridad, casco y barbuquejo, cofia, guantes según la labor, monogafas, overol, protector auditivo, tapabocas. Arnés.

RIESGOS EXISTENTES			
Mecánico: Atrapamiento, materiales proyectados, herramientas.	✓	Químico: Material particulado, vapores, gases, polvo, fibras y humos.	✓
Locativos: Sistemas de almacenamiento y acopios, superficies de trabajo, condiciones de orden y aseo.	✓	Biológico: Virus, bacterias, hongos, mordeduras, picaduras, fluidos o excrementos.	✓
Psicosocial: Cambios organizacionales, canales de comunicación, organización del trabajo, pausas, carga mental.	✓	Biomecánico: Posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, manejo de cargas, movimientos repetitivos.	✓
Seguridad: Explosiones, fugas, incendios, trabajos en alturas y espacios confinados	✓	Eléctrico: Redes de energía eléctrica, contacto eléctrico.	✓
Físico: Ruido, iluminación, radiaciones, vibraciones.	✓	Fenómenos naturales: Terremoto, derrumbes, granizadas, vendavales, inundación.	✓

NORMAS DE SEGURIDAD
*Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
*Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos: Casco de Seguridad, Tapabocas, Overol y Botas punta de acero.
*Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
*Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas.
* No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
*Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales.
* No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
*No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
* Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones.
*Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo, como: ☐ Trabajo en alturas ☐ Trabajos en caliente ☐ Trabajos en espacios confinados.
*No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
*En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial.
* Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
* Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.
*Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
*Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento.
*Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
*Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

He recibido la presente notificación, conociendo los riesgos latentes en mi cargo y los resultados del examen médico de ingreso. Firmo el formato de Acta de Inducción y Notificación de Riesgos en Seguridad, Salud en el Trabajo. Autorizo al departamento de seguridad industrial para realizarme pruebas de alcoholimetría toda vez que lo crea conveniente.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Sevo Ortiz

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1116860708.

FIRMA Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN: Anacamelo.

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version 1 feb-25 SST-FOT-003

[X] INDUCCION [ ] UCCION

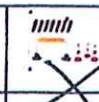
NOMBRE: severo cifuentes FECHA: 27/08/2025.

CARGO: oficial. CONTRATISTA: WHR.

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

				
Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST	Señalizar el área de trabajo	Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud	Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones	Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo
				
Consumir o distribuir sustancias sicoactivas	Reportar condiciones de inseguridad a los jefes	Llegar en estado de embriaguez	Informar de inmediato los accidentes de trabajo	Ingresar o portar armas

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: NO consumir estas sustancias.

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

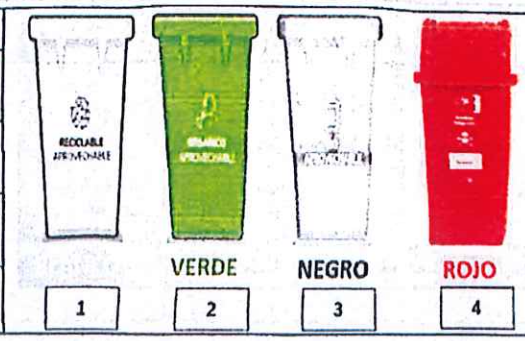
RTA: cedula, seguridad social

5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

○ Despues de 2 dias	☒ Inmediatamente
○ Despues de 8 dias	○ Al dia siguiente

6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

RESIDUOS	IMAGEN	RECIPIENTE
Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas		4
Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc		1
Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo		3
Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta		2



Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión 1 feb-25 SST-FOT-003

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias.
(Valor total de 1 punto)

				
Botiquin de Primeros Auxilios	Reciclar y separar los residuos de la obra.	Extincion del fuego	Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses	Punto de Encuentro

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

ITEM	AFIRMACION	(V)	(F)
1	Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo	X	
2	El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts	X	
3	El sistema de sugurdad social integral consta de EPS, ARL y AFP	X	
4	Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes		X
5	Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores		X
6	Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.	X	
7	La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia	X	
8	La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo	X	
9	El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol		X
10	Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST	X	

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8)

Calificado por: Ana lucia Camelo.	Fecha: 27/08/25.	Calificacion: 8/8	APROBADO: SI [X] NO [ ]

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	SST -FR-004 VERSIÓN: 0 Fecha: 02/2025 Página 1 de 1

Proyecto: CONSORCIO PARQUES VERDES

Fecha de elaboración: 27/08/25

Yo Severo Cifuentes identificado (o) con C.C 1116[illegible]0 de Ibagué quien desempeña el cargo de Oficial aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral

TIPO DE EXAMEN

Ingreso	X	Periódico		Alturas		Retiro	
Fecha	03/12/24	Fecha		Fecha		Fecha	

CONCEPTO MÉDICO

Apto		Apto con restricción	
No Apto		Apto para trabajo en altura	

Recomendación médica para el trabajador	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Requiere corrección visual permanente			X	
Control Optométrico periódico			X	
Higiene postural y de columna			X	
Estilo de vida saludable	X			
Control por EPS por hiperlipidemia			X	
Control por EPS por nutricionista			X	
Control por EPS por Ortopedia			X	
Dieta y ejercicio	X			
Control Semestral			X	
Valoración por medicina general			X	
Alimentación Sana	X			
Ejercicio frecuente	X			
Dieta balanceada	X			
Control Anual por EPS			X	

Recomendación médica para el área de trabajo	Diagnostico SI	No	N/A	Observaciones
Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad.	X			
Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB			X	
Pausas activas durante la jornada laboral			X	
Ergonomía en el puesto de trabajo			X	
Capacitación en higiene postural y manejo de columna			X	
Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo			X	
Cumplir normas de higiene y seguridad industrial			X	
Debe laborar con gafas de corrección óptica			X	
Programa de vigilancia epidemiológica			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico	X			
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo			X	
Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio			X	
OTRAS RECOMENDACIONES				
RESTRICCIÓN ESPECIFICA				

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Severo Cifuentes Cargo: Oficial Firma: Severo Cifuentes

Scanned with

CONSORCIO PARQUES VERDES	CONSORCIO PARQUES VERDES ORDEN DE EXAMEN DE EGRESO OCUPACIONAL	Código: SST-FO-005 Versión: 00 Fecha: Feb 25 Página 1 de 1

OBJETO : "CONTRATAR MEDIANTE ELSISTEMA DE PRECIOSUNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE, LA REAILIZACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE PARQUES CATALOGADOS DE PROXIMIDAD EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE EN BOGOTÁ D.C"

FECHA: 27/08/2025.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: severo cifuentes

CARGO: Oficial.

ASUNTO: ORDEN DE PRÁCTICA DE EXAMEN DE RETIRO OCUPACIONAL.

Dando cumplimiento a lo establecido en el código sustantivo del trabajo, me permito notificarle que a partir de la fecha dispone de 5 (cinco) días para presentarse a la práctica del correspondiente **EXAMEN MEDICO DE RETIRO OCUPACIONAL.**
En el momento del retiro, la empresa le notificará la dirección y los horarios de atención del Centro Médico en donde deberá realizarse el examen en mención.
Por lo anterior, le solicitamos que diligencie el siguiente cuadro, en el cual usted acepta que fue notificado y que acepta la información suministrada.

Yo severo cifuentes. identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 1116860708. de chita - Boyaca, me desempeño en la empresa CONSORCIO PARQUES RUU 2023 como Oficial informó que

SI acepto realizarme el examen de egreso.

Firma:	Fecha:
Severo Cifuentes	27/08/2025.

Scanned with

ANEXO 3

MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS