EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

187149409

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia; - Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado	Si No

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Aranguren	Mary	Fernanda

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1.118.543.940	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M T NB Otro Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Yopal	Colombia	Casanare	Yopal	08 04 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 46 # 31A 63B Villa lucia	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3204498759	maryfernanda990@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal ✓ Rural Disperso; Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

OFIX SUMINISTROS Y LOGISTICA SAS- NIT: 900156.826-1 100264458 Sku.23572

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Promganiag S.A.S	Nit	901388628-9	Portenir

59. Ubicación

Dirección: Calle 29 # 19-51

Teléfono fijo o Celular: 3202253697

Correo Electrónico: promgamiagsas@gmail.com

Departamento: Casanare

Municipio / Distrito: Yopal

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	25 07 2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

E.P.S. Sanitas
NIT. 800.251.440-6

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	28 JUL 2025 RECIBIDO OFICINA YOPAL	

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si☐ NO☐
Indique última fecha de retiro AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 1118543940
Lugar y fecha de expedición: 28/04/2008 YOPAL
Sexo: M ☐ F X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: GONZALEZ
Segundo apellido: ARANGUREN
Nombres: MARY FERNANDA
Fecha de Nacimiento: 1990 AÑO 04 MM 08 DD
Teléfono: 3204498759
Dirección Residencia: Carrera 46 No 31 A 63 B
BARRIO: Villa Lucia
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) ☐ Soltero(a) ■ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 AÑO 07 MM 25 DD		Profesional HSQ	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ☒
Servidor Público: Si ☐ NO ☒
Nivel Escolaridad: UNIVERSITARIO
Profesión: Profesional en Salud Ocupacional
Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ☒
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: No tiene ☐ Propia ☐ Arrendada ■ Hipoteca ☐
ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual ■ Homosexual ☐ Bisexual ☐

Factor de Vulnerabilidad

Desplazado ☐	Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐	Desmovilizado o reinsertado ☐	Damnificado desastre natural ☐
Cabeza de familia ☐	Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐	En condición de discapacidad ☐	Población zonas frontera (Nacionales) ☐
Población migrante ☐	Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No aplica ■

Pertenencia étnica
Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☐ No aplica ■

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Mary Fernanda Gonzalez Aranguren, identificado con cédula de ciudadanía No. 1118542551 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Fernanda González
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños !!!
Comfacasanare
25 JUL 2025
Secretaría de Aportes y Pagos
Ana Torres
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

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:

MARY FERNANDA GONZALEZ ARANGUREN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.543.940**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio 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.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:		PROYECTO	
NOMBRE:	Mary Fernanda Gonzales Aranguren		
CEDULA:	1.118.543.940	CARGO	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalón (Jeans)			
3	Buso			
4	Gafas de Protección Solar			
5	Protectores Auditivos de Inserción			
6	Botas de Seguridad Punta de Acero			
7	Botas de Caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzale2 Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:			
NOMBRE EMPLEADO:	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren		
CARGO:			
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL-CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 371

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	05 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ ARANGUREN MARY FERNANDA	FEMENINO	35 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1118543940 (Número)

Cargo
PROFESIONAL APOYO TECNICO HSQ-SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SOL 0136

Firma:

Nombre: PULIDO TAPIAS MARIANA

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
Q1515W1C371

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALEZ ARANGUREN MARY FERNANDA

CC: 1118543940

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74080289

CARO BENAVIDES
APELLIDOS

PEDRO ANTONIO
NOMBRES

Pedro Antonio Caro B

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1982

MONGUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

17-AGO-2000 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0727700-70092161-M-0074080289-20010614 04690 01164A 02 095101145

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **PEDRO ANTONIO CARO BENAVIDES**, identificado con **CC** No. **74080289**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/07/2025, el empleador PROINGENIARQ SAS identificado con NIT número 901388628 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9072701	25/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74080289	PEDROANTONIO CARO BENAVIDES	1423500	ELECTRICISTA DE CONSTRUCCION	2025-07-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si☐ NO☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2584

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 74080289
Lugar y fecha de expedición: 17/08/2000 Sogamoso
Sexo: X M | F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: CARO
Segundo apellido: BENAVIDES
Nombres: PEDRO ANTONIO
Fecha de Nacimiento: 1982 AÑO 05 M 16 D
Teléfono: 3123608709
Dirección Residencia: Calle 21 No 30 - 81
BARRIO: Caribabare
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ■ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 AÑO 07 MM 25 D		Electricista	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ■
Servidor Público: Si ☐ NO ■
Nivel Escolaridad: tecnico
Profesión: maestro de construcción
Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ■
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI NO ___
Retiro: ☐ Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Pedro Antonio Caro Benavides, identificado con cédula de ciudadanía No. 74080289 expedida en Sogamoso, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Pedro A Caro B
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
Comfacasanare
Jefatura de
Ap... y ...
25 JUL 2025
Ana Torres
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

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:

PEDRO ANTONIO CARO BENAVIDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.080.289**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Julio 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.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Pedro Antonio Caro Benavides
CARGO:	Tecnico Electrico

INDUCCIÓN [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

CONTRATISTA [ ] **EMPLEADO** [ ]

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:		PROYECTO	
NOMBRE:	Pedro Antonio Caro Benavides		
CEDULA:	74.080.289	CARGO	

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalones (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchón			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 74080289

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL-CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 375

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	05 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARO BENAVIDES PEDRO ANTONIO	MASCULINO	43 AÑOS 0 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	74080289 (Número)

Cargo
TECNICO ELECTRCISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIO-SEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SSL 0136

Firma:

Nombre: PULIDO TAPIAS MARIANA

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
V1515B1H375

Aspirante o Trabajador

Firma:

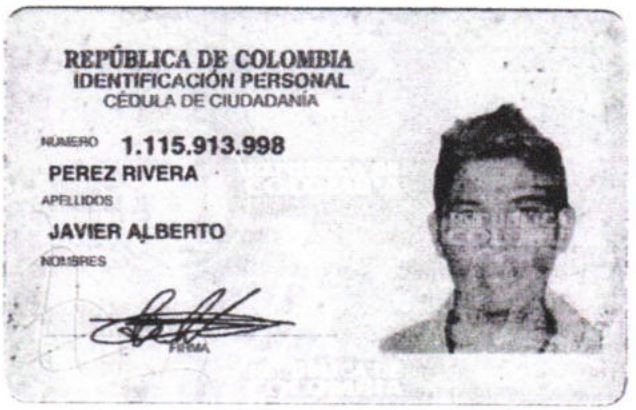
Nombre: CARO BENAVIDES PEDRO ANTONIO

CC: 74080289

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingenieria y Arquitectura
Nit. 901.388.628-9

APOYO TÉCNICO

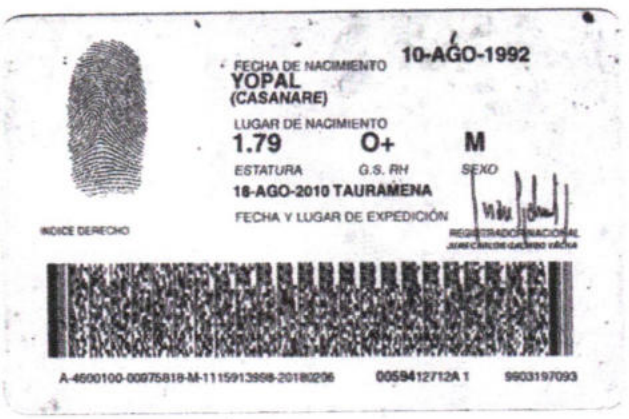
Correo electrónico: proingeniarqsas@gmail.com
Numero de contacto: 3202253679 – 3104845998



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.115.913.998
PEREZ RIVERA
APELLIDOS
JAVIER ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1992
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-AGO-2010 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-4600100-00975818-M-1115913998-20180206 0059412712A 1 9903197093

CEL: 3219315608

Conductor Apoyo logistico

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:

JAVIER ALBERTO PEREZ RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.913.998**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
FO-AS-08
2024-09-30
V.03

capresoca EPS
- Creciendo para la Gente -

S. 01 AGO. 2025

NO DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] b. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Perez	Segundo Apellido: Rivera	Primer Nombre: Jaider	Segundo Nombre: Alberto

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento	15. Fecha de Nacimiento
C.C.	1.115.913.998	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal: Femenino [ ] Masculino [X]		País: Departamento: Municipio:	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X] Categoría de Discapacidad:	SI [ ]	NIVEL: GRUPO:	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. tarifa Contribución Solidaria
Positiva NO	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección: Carrera 20 #27-18	Teléfono:	Teléfono Celular: 3117422091	Correo electrónico: manifiesta no usar	Zona: Cabecera Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]
Departamento: Casanare	Municipio/Distrito: Yopal	Localidad o Comuna:		

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal: Femenino [ ] Masculino [ ]		País: Departamento: Municipio:	

Datos basicos 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
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cúal	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de Identificación	57. No de Documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Proingamus S.A.S	NIT	901355026-9	Porvenir

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Dpto:	Municipio:
Calle 29 # 6-34	3225527	proingamus@gmail.com	Casanare	Yopal

8. REPORTE DE NOVEDADES

ComfaCasanare
Construimos Sueños

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
Inscripción del trabajador | Modificación | Traslado | Reintegro en el mismo mes S | NO | Indique cual fecha de retiro

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC — 1115913998
Lugar y fecha de expedición: 16/08/2010 Tauramena
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Perez
Segundo apellido: Rivera
Nombres: Javier Alberto
Fecha de Nacimiento: 1992 | 08 | 10
Teléfono: 3123608709
Dirección Residencia: Carrera 29 No 27 - 18
BARRIO: Provivienda
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD: Yopal
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 | 07 | 30
Horas laborr mes:
CARGO: Ayudante de obra
SUELDO BÁSICO: 1.423.500

Tipo de contrato: FIJO
Administra Recursos Públicos: Si ☒ Servidor Público: Si ☒ Nivel Escolaridad: Técnico
Profesión: Presenta Discapacidad alguna: Si ☒ Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación: escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ. | SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Familiar
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado | ☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) | ☐ Desmovilizado o reinsertado | ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia | ☐ Hija(a) de madres cabezas de familia | ☐ En condición de discapacidad | ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población Migrante | ☐ Hija(a) de desmovilizados o reinsertados | ☐ Ejercicio del trabajo sexual | ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad Rom ☐ Indígena Embera ☐ Raizal del archipiélago de San Andres ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: PROINGENIARQ S.A.S
Teléfono: 3104845998
NIT, C.C. o C.E.: 901389028-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Abrir Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Nacio: Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:

En caso de corrección de Cedula de Ciudadania o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales: Yo, Javier Alberto Perez Rivera, identificado con cedula de ciudadanía No. [illegible] expedida en Tauramena, manifiesto de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, expresa, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Javier Alberto Perez
Firma del trabajador(a)
C.C. [illegible]

Firma y sello de empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños
01 AGO 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará instrucciones, requisitos y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido la Tarjeta Carnet, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **JAVIER ALBERTO PEREZ RIVERA**, identificado con **CC** No. **1115913998**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 31/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 30 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_12_2_2_FR01 v_09

MIS_4_1_1_FR01 v_010

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	4/08/2025	**PROYECTO**	Alturas
NOMBRE:	Javier Alberto Perez Rivera		
CEDULA:	1.115.913.998	**CARGO**	Apoyo Logistico, Conductor

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	4/08/2025	
2	Pantalon (Jeans)	1	4/08/2025	
3	Buso	3	4/08/2025	
4	Capuchon	1	4/08/2025	
5	Guantes de Vaqueta	1 par	4/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1 Par	4/08/2025	
7	Mascarilla	1	4/08/2025	
8	Gafas	1	4/08/2025	
9	Protectores Auditivos	1	4/08/2025	
10	Botas de Seguridad	1	4/08/2025	
11	Botas de caucho	1	4/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez	**CEDULA No.**	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	**FIRMA**	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

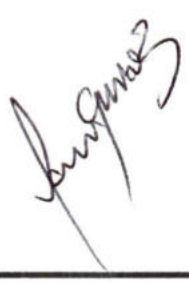
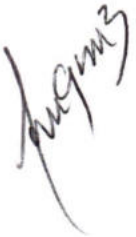
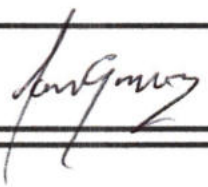
FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1.115.913.998

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	4/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Javier Alberto Perez Rivera		
CARGO:	Apoyo Logistico, Conductor		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL - CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 511

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PEREZ RIVERA JAVIER ALBERTO	MASCULINO	32 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1115913998 (Número)

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SSU 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
S1515Y1E511

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREZ RIVERA JAVIER ALBERTO

CC: 1115913998

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingenieria y Arquitectura
Nit. 901.388.628-9

PERSONAL
OBRERO CIVIL

Correo electrónico: proingeniarqsas@gmail.com
Numero de contacto: 3202253679 – 3104845998

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.825.233
GONZALEZ MILLAN

APELLIDOS
DAGOBERTO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1980
SAN LUIS DE PALENQUE
SAN LUIS PALENQUE (CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-MAR-1999 SAN LUIS PALENQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4600100-00202617 M-0074825233-20091209 0018846218A 1 8160531513

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **DAGOBERTO GONZALEZ MILLAN**, identificado con **CC** No. **74825233**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/07/2025, el empleador PROINGENIARQ SAS identificado con NIT número 901388628 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9072680	25/07/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	74825233	DAGOBERTO GONZALEZ MILLAN	1423500	MAESTRO CONSTRUCTOR	2025-07-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI☐ NO☐
Indique última fecha de retiro: AAAA MM DD

SGS CO09/2864

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Lugar y fecha de expedición	Sexo	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
C.C. T.I. C.E. R.C. 74825233	30/03/1999 San Luis de Palenque	X	

Primer apellido: GONZALEZ
Segundo apellido: MILLAN
Nombres: DAGOBERTO
Fecha de Nacimiento: 1980 AÑO 07 MM 17 DD
Teléfono: 3118462096
Dirección Residencia: Carrera 41 A No50 C 18
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☒ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 AÑO 07 MM 25 DD		Maestro de construcción	1.423.500

Tipo de contrato FIJO Administrar Recursos Públicos SI ☒ NO Servidor Público SI ☒ NO Nivel Escolaridad tecnico
Profesión maestro de construcción Presenta Discapacidad alguna SI ☐ NO ☒ Tipo de Discapacidad
En caso de cambio en el No. De identificación, escribe el anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☒ No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.	Dependencia
901388628-9	CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

Solicitud de Datos Personales

Yo, Dagoberto Gonzalez Millan, identificado con cédula de ciudadanía No. 74825233 expedida en San Luis de Palenque, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
25 JUL 2025
Ana Torres
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO Superintendencia

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ MILLAN DAGOBERTO** identificado(a) con **CC** número **74.825.233** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de mayo de 2002 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 25 de julio 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) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	**PROYECTO**	Alturas
NOMBRE:	Dagoberto Gonzalez Millán		
CEDULA:	74.825.233	**CARGO**	Maestro de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalones (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchón			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	**CEDULA No.**	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	**FIRMA**	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

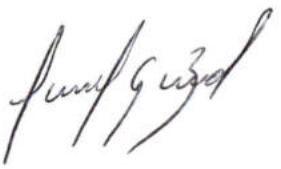
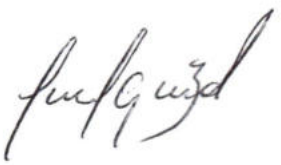
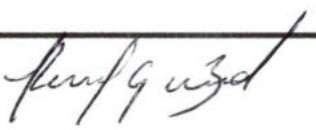
CEDULA No: 74.825.233

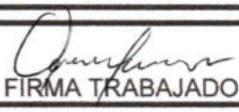
PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Dagoberto Gonzalez Millán
CARGO:	Maestro de Obra Civil

INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL - CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 509

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ MILLAN DAGOBERTO	MASCULINO	45 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS	Tipo: CC	Número: 74825233

Cargo
MAESTRO DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : MAX 13 KG	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CITA POR NUTRICION / SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO LAPLAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SEC: 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
W1515C1I509

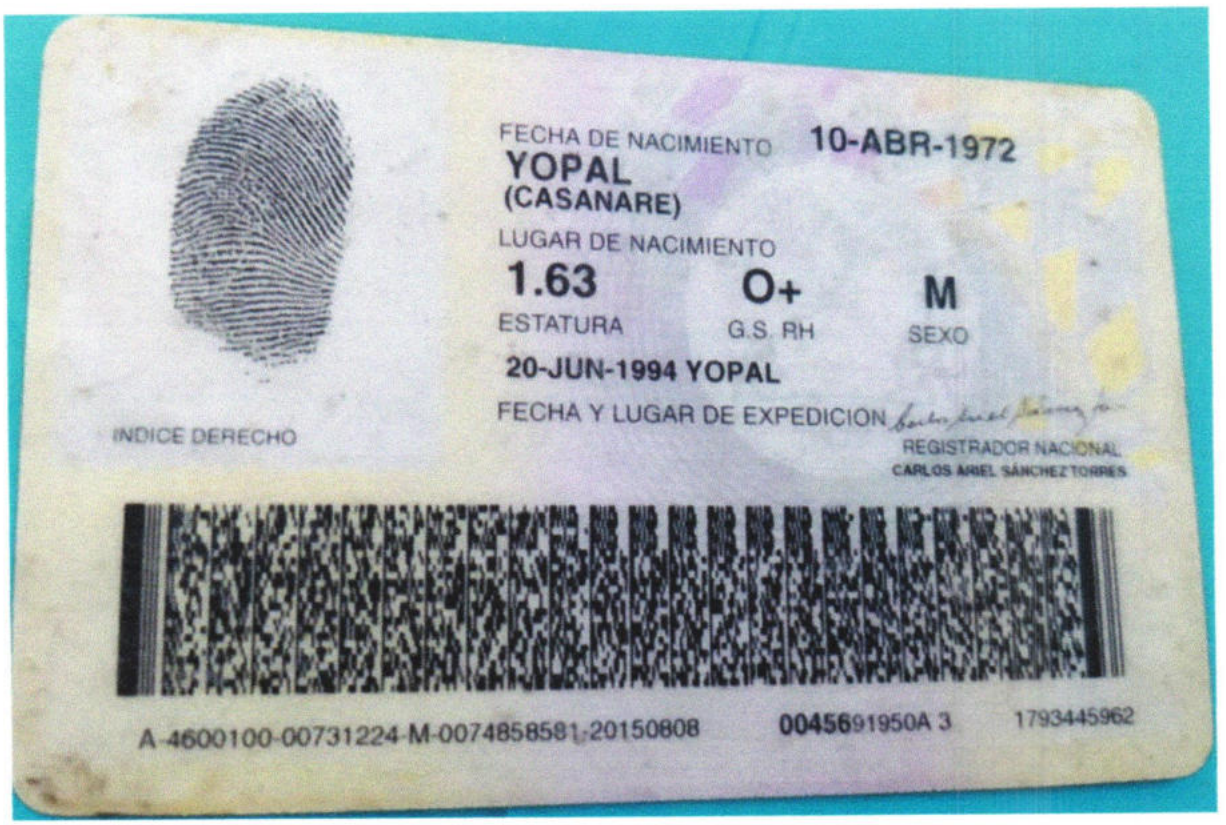
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALEZ MILLAN DAGOBERTO

CC: 74825233


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 74.858.581
ADAN RODRIGUEZ
APELLIDOS
LUIS ALFONSO
NOMBRES
Luis Alfonso Adanro
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1972
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
20-JUN-1994 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-4600100-00731224-M-0074858581-20150808
0045691950A 3
1793445962

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **LUIS ALFONSO ADAN RODRIGUEZ**, identificado con **CC** No. **74858581**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 26/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

capresoca EPS
- Cuidamos para la Gente -

CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
FO-AS-08
2024-09-30
V.03

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO
	25 JUL. 2024

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☒ b. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliación Adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: ADAN	Segundo Apellido: Rodriguez	Primer Nombre: Luis	Segundo Nombre: Alfonso

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento	15. Fecha de Nacimiento
C.C	74.858.581	Femenino ☐ Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal: Femenino ☐ Masculino ☒	Colombiano	País: Colombia Departamento: Casanare Municipio: Yopal	11/09/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de Discapacidad
		SI ☐ NO ☒	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calificación SISBEN	21. Grupo de población especial:
SI ☐	NIVEL ☐ GRUPO ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Proteccion	$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección: Carrera 42A # 54-24	Teléfono: 3113386571	Teléfono Celular: 3113386571	Correo electrónico: manifiesto no usar

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal ☐ Centro poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento	34. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal: Femenino ☐ Masculino ☐		País: Departamento: Municipio:	

Datos basicos de identificación de os 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 F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	40. Sexo identificación M	40. Sexo identificación T	40. Sexo identificación NB	40. Sexo identificación Otro	40. Sexo identificación Cuál	41. Lugar de nacimiento Pais	41. Lugar de nacimiento Dpto	41. Lugar de nacimiento Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de Identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Maingana S.A.S.	NIT	901388628-9	Proteccion

Dirección	Teléfono:	Correo electrónico	Dpto:	Municipio:
Calle 29 # 19-51	3202253679	Maingana@gmail.com	Casanare	Yopal

B. REPORTE DE NOVEDADES

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes. SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 74858581
Lugar y fecha de expedición: 20/06/1994 YOPAL
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: ADAN
Segundo apellido: RODRIGUEZ
Nombres: LUIS ALFONSO
Fecha de Nacimiento: 1972 AÑO 04 MES 10 DÍA
Teléfono: 3113386571
Dirección Residencia: Carrera 43 A No 34 - 24
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☒ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 AÑO 07 MES 25 DÍA		Maestro de construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO — Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ☒ — Servidor Público: Si ☐ NO ☒ — Nivel Escolaridad: tecnico
Profesión: maestro de construcción — Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ☒ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Luis Adan Rodriguez, identificado con cédula de ciudadanía No. 74858581 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Luis Alfonso Adan RO
Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
25 JUL 2025
Jefatura de Aportes y Subsidio
Ana Torres
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO Superintendencia del Subsidio Familiar

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ADAN RODRIGUEZ LUIS ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **74.858.581** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2003 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 25 de julio 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) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Luis Alfonso Adan Rodriguez		
CEDULA:	74.858.581	CARGO	Oficial de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalones (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchón			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

LUIS ALFONSO ADANRO.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

LUIS ALFONSO ADANRO

CEDULA No: 74 858 581.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Luis Alfonso Adan Rodriguez
CARGO:	Oficial de Obra Civil

INDUCCIÓN	X	**CONTRATISTA**	
REINDUCCIÓN		**EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

LUIS ALFONSO ADAN RO
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL-CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 508

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ADAN RODRIGUEZ LUIS ALFONSO	MASCULINO	53 AÑOS 3 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	74858581 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SSD: 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
Q1515W1C508

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ADAN RODRIGUEZ LUIS ALFONSO

CC: 74858581

Calle 20 # 29-86

3213465344

- Familiar Personal





Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **JORGE LEONARDO RINCON RINON,** identificado con **CC** No. **1118542551**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

capresoca EPS
Cuidamos antes la Salud

CA. CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD
RECIBIDO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
FO-AS-08
2024-09-30
V 03

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO
	15 JUL. 2025

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación				3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X]	A. Individual [ ]	Cotizante o cabeza de familia [X]			A. Contributivo [X]	SI [ ]
B. Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ]	C. Institucional [ ]	D. De Oficio [ ]	Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	NO [ ]

5. Tipo de Afiliado				6. Tipo de Cotizante			7. Código
A. Cotizante [X]	B. Cabeza de familia [X]	C. Beneficiario [ ]	D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [X]	B. Independiente [ ]	C. Pensionado [ ]	

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

A. Afiliación

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Rincon	Segundo Apellido: Rincon	Primer Nombre: Jorge	Segundo Nombre: Leonardo

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1.118.542.551	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual: Femenino [ ] Masculino [X]	Colombiano

14. Lugar de Nacimiento			15. Fecha de Nacimiento
País: Colombia	Departamento: Casanare	Municipio: Yopal	11/11/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de Discapacidad
		SI [ ] NO [X]	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calificación SISBEN	21. Grupo de población especial
SI [ ]	NIVEL: [ ] GRUPO: [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC	25. tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección: Calle 20 # 29-86	Teléfono: 3213465344	Teléfono Celular	Correo electrónico: Emconyoga@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal [X]	Rural Disperso [ ]
			Centro poblado [ ]	Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento				34. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual: Femenino [ ] Masculino [ ]		País		Departamento	Municipio	

Datos basicos de identificación de os 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
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Proingallina S.A.S.	Nit	901388628-9	Porvenir

Dirección:	Teléfono:	Correo electrónico:	Ciudad:	Municipio:
Calle 29 # 19-51	3202253679	Proingallinaguas@gmail.com		Yopal

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JORGE LEONARDO RINCON RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.542.551**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Julio 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.

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes. SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ☐☐☐

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: (C.C.) T.I. C.E. R.C. — 1118542551
Lugar y fecha de expedición: 10/01/2008 Yopal
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Rincon
Segundo apellido: Rincon
Nombres: Jorge Leonardo
Fecha de Nacimiento: 1989 11 14
Teléfono: 3213465344
Dirección Residencia: Calle 20 N0 29 - 86
BARRIO: Villa Maria
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☒ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 07 15		Oficial de Construcción	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO — Administrar Recursos Públicos: SI (NO) — Servidor Público: SI (NO) — Nivel Escolaridad: técnico
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI (NO) — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Ruom /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición — Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo Jorge Leonardo Rincon Rincon, identificado con cédula de ciudadanía No. 1118542551 expedida en Yopal, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
15 JUL 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	**PROYECTO**	Alturas
NOMBRE:	Jorge Leonardo Rincon Rincon		
CEDULA:	1.118.542.551	**CARGO**	Ayudante de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalones (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchon			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	**CEDULA No.**	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	**FIRMA**	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1118.542.551.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Jorge Leonardo Rincon Rincon
CARGO:	Ayudante de Obra Civil

INDUCCIÓN	X	**CONTRATISTA**	
REINDUCCIÓN		**EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL - CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 467

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

RINCON RINCON JORGE LEONARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 7 MESES 29 DÍAS	CC	1118542551
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CITA POR NUTRICION // SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SSD 9126

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
B1515H1N467

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RINCON RINCON JORGE LEONARDO

CC: 1118542551

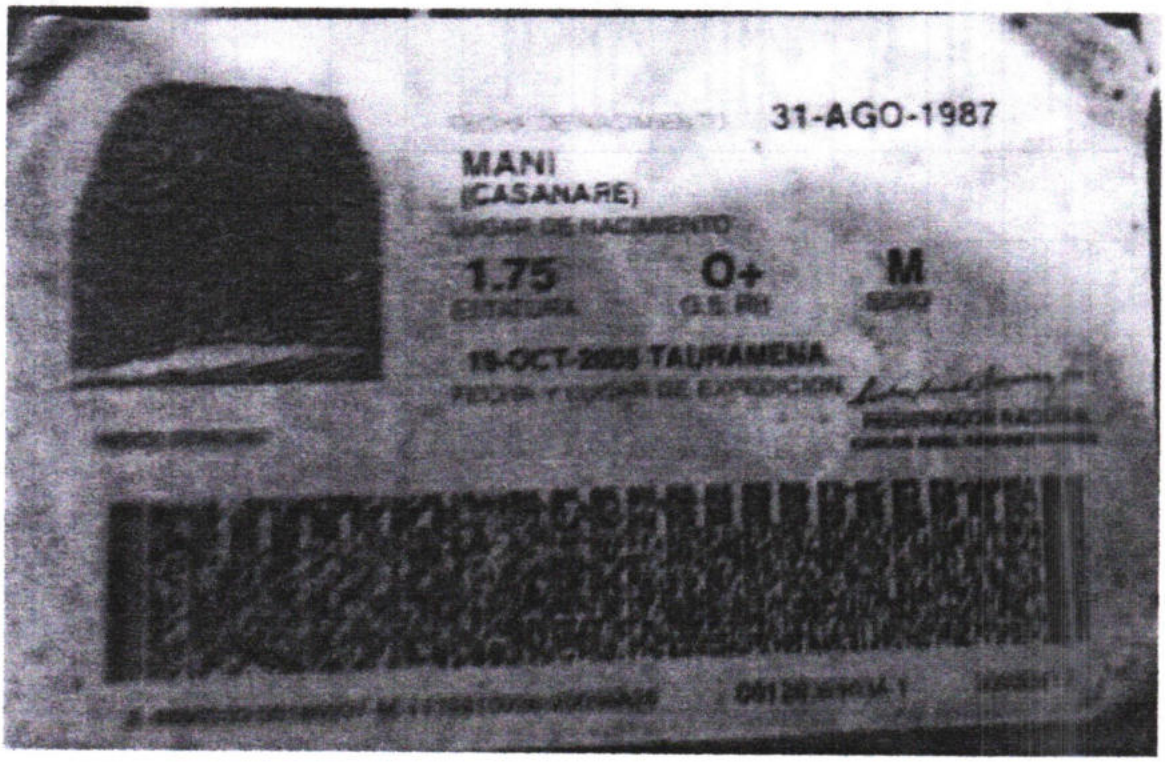
PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingenieria y Arquitectura
Nit. 901.388.628-9

PERSONAL OBRERO
ORNAMENTACIÓN

Correo electrónico: proingeniarqsas@gmail.com
Numero de contacto: 3202253679 – 3104845998

Ane 21 #'s
3B218s116
EPS-Sanitas
Pensión-Porvenir





Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **JOHN JAIRO GOMBOA CASTRO**, identificado con **CC** No. **1115910926**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 15/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

187149416

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional

3. Régimen: 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. Código: (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gamboa	Castro	John	Jairo

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1.115.910.926	Femenino Masculino ✓	F M T NB Otro Cuál	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Casanare	Mani	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia Dirección: Cra 21 # 16-54 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3132185116 — Correo Electrónico: John.16c20@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal ✓ Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900.156.826-1 100264458 SKU.23572

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Proingambarg S.A.S	Nit	901388628-9	Pensionado

59. Ubicación

Dirección: Calle 29 # 19-51

Teléfono fijo o Celular: 3202553679

Correo Electrónico: proingambargsas@gmail.com

Departamento: Casanare

Municipio / Distrito: Yopal

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.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	15 07 2025		

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

E.P.S. Sanitas
NIT. 800.251.440-6
15 JUL 2025

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

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

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

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 **JOHN JAIRO GAMBOA CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115910926,** se encuentra afiliado/a desde **26/02/2010** 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 15 de julio de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ComfaCasanare
Construimos Sueños!!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Lugar y fecha de expedición	Sexo	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ 1115910926	19/10/205 Tauramena Casanare	X	

Primer apellido: Gamboa
Segundo apellido: Castro
Nombres: John Jairo
Fecha de Nacimiento: 1987 08 31
Teléfono: 3132185116
Dirección Residencia: Carrera 21 No 16 - 54
BARRIO: Gaban
Correo Electrónico: johngamboa87@gmail.com

ESTADO CIVIL ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 07 15		Ornamentador	1.423.500

Tipo de contrato FIJO — Administrar Recursos Públicos Si ☒ — Servidor Público Si ☒ — Nivel Escolaridad técnico
Profesión Ornamentador — Presenta Discapacidad alguna Si ☒ — Tipo de Discapacidad
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido
Segundo apellido
Adición Nombres
Fecha de Nacimiento
Recibe subsidio: SI NO
Retiro Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

Solicitud de Datos Personales

Yo John Jairo Gamboa Castro, identificado con cédula de ciudadanía No 1115910926 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

John Gamboa
Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C. o C.E. No. 1.115910926

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños!!!
15 JUL 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	John Jairo Gamboa Castro		
CEDULA:	1.115.910.926	CARGO	Oficial Ornamentador

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalón (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchón			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

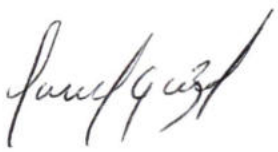
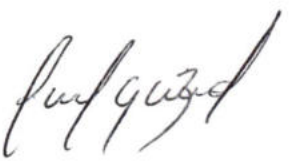
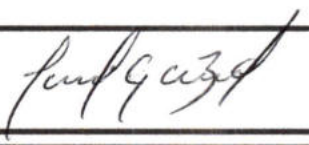
CEDULA No: 1115 910 926.

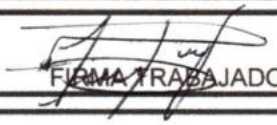
PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	John Jairo Gamboa Castro
CARGO:	Oficial Ornamentador

INDUCCIÓN [X] **REINDUCCIÓN** [ ] **CONTRATISTA** [ ] **EMPLEADO** [ ]

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL - CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 465

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GAMBOA CASTRO JOHN JAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS	CC	1115910926
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ORNAMENTADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : EN VISION PROLONGADA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD /CITA POR NUTRICION

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

Médico

MARIANA PULIDO LAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SSL 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
B1515H1N465

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GAMBOA CASTRO JOHN JAIRO

CC: 1115910926

SENA
Aprendiz Ambientales

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.006.446.945

ROMERO

DIMERSON ELIAN

Dimerson Elian

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-2000**

MANI
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ENE-2018 MANI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONA
JUAN CARLOS GALINDO VACH

P 4652000-00981689-M 1006446945-20180223 **00596**19183A 1 50228986

Powered by CS Can

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **DIMERSON ELIAS ROMERO**, identificado con **CC** No. **1006446945**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 16/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

CAPRESOCA E.P.S.

NIT: 891.856.000-7

MOVILIDAD

RECIBIDO 15 JUL. 2025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FO-AS-08
2024-09-30
V 03

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] Cotizante o cabeza de familia [ ] Beneficiario o 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. Afiliación Adicional [ ]

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código:

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Romero		DIMARSON	ELIAN

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificacion	13. Nacionalidad
C.C.	1006446945	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal	

14. Lugar de Nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de Nacimiento
Colombia	Casanare	Yopal	19/04/2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial
		SI [ ] NO [X] Categoria de Discapacidad	SI [ ]	NIVEL [ ] GRUPO [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia: Dirección	Teléfono	Teléfono Celular	Correo electrónico
Carrera 21 #16-54	3132185116	3132185116	JohnGamboa@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Cabecera Municipal / Centro poblado	Zona: Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]
Casanare	Yopal		[✓]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal	

33. Lugar de Nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de Nacimiento

Datos basicos de identificación de os 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 F	39. Sexo biológico M	40. Sexo identificación F	40. Sexo identificación M	40. Sexo identificación T	40. Sexo identificación NB	40. Sexo identificación Otro	40. Sexo identificación Cuál	41. Lugar de nacimiento País	41. Lugar de nacimiento Dpto	41. Lugar de nacimiento Mun	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono 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 Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Codigo de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Piolingambarg S.A.S.	NIT	901388628-9	Porvenir

Dirección	Teléfono	Correo electronico	Dpto.	Municipio
Calle 29 #19-51	3202253679	piolingambargsas@gmail.com	Casanare	Yopal

B. REPORTE DE NOVEDADES

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: ___ ___ ___

SGS CO09/2594

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: (C.C.) T.I. C.E. R.C. — 1006446945
Lugar y fecha de expedición: 19/01/82018
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Romero
Segundo apellido:
Nombres: Dimerson Elian
Fecha de Nacimiento: 2000 01 09
Teléfono: 3132185116
Dirección Residencia: Carrera 21 No 16 - 54
BARRIO: Gaban
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 07 15		Ayudante de ornamentación	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO — Administrar Recursos Públicos: Si (X) — Servidor Público: Si (X) — Nivel Escolaridad: técnico
Profesión: Ornamentador — Presenta Discapacidad alguna: Si (X) — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De Identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	■ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro: ☐ Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo Dimerson Elian Romero, identificado con cédula de ciudadanía No. 1006446945 expedida en Mani, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Dimerson Elian
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
15 JUL 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES PRINCIPAL
Información de este formato sujeta a verificación

VIGILADO Supersubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si nó ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

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

CERTIFICA QUE:

DIMERSON ELIAN ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.446.945**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Dimerson Elian Romero		
CEDULA:	1006.496.945	CARGO	Ayudante Ornamentación

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalón (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchón			
5	Guantes de Baqueta			Dimerson Elian
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1118.543.990
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Dimerson Elian

CEDULA No: 1006496945

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Dimerson Elian Romero		
CARGO:	Ayudante Ornamentación		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

Dimerson Elian
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL - CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 466

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROMERO DIMERSON ELIAN	MASCULINO	25 AÑOS 5 MESES 29 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1006446945

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR PROTOCLO DE BIOSEGURIDAD /

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SO: 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
L1515R1X466

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROMERO DIMERSON ELIAN

CC: 1006446945

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.558.586**

SALGUERO VILLASANA

APELLIDOS

JAIRO ANDRES

NOMBRES



Jairo Andres Salguero
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1999**

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-FEB-2017 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-4800100-00687419-M-1006558586-20170304 **00541**07967A 1 47670547

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **JAIRO ANDRES SALGUERO VILLASANA**, identificado con **CC** No. **1006558586**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 17/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 28 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FO-AS-08
2024-09-30
V 03

capresoca EPS
Creciendo para la Gente

CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7

15 JUL 2025 A

MOVILIDAD

RECIBIDO

No DE RADICADO

FECHA DE RADICADO

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual ☐ Cotizante o cabeza de familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☑ b. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliación Adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ A. Afiliación	

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Salguero	Segundo Apellido: Villasana	Primer Nombre: Jairo	Segundo Nombre: Andres

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación
C.C	1.006.558.586	Femenino ☐ Masculino ☑	Femenino ☐ Masculino ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:

13. Nacionalidad	14. Lugar de Nacimiento			15. Fecha de Nacimiento
	País: Colombiana	Departamento: Casanare	Municipio: Yopal	09/02/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		SI ☐ NO ☒	Categoria de Discapacidad:

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial
SI ☐	NIVEL: GRUPO:	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección: Carrera 20 Nº 16-54	Teléfono:	Teléfono Celular: 3132185116	Correo electrónico: salguero1999@gmail.com	
Departamento: Casanare	Municipio/Distrito: Yopal	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera Municipal ☑ Centro poblado ☐	Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cúal:

32. Nacionalidad	33. Lugar de Nacimiento					34. Fecha de Nacimiento
	País:		Departamento		Municipio	

Datos basicos de identificación de os 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
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					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 disperso	Resto Rural	Telefono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de identificación	57. No de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Proinganka S.A.S	Nit	901388628-9	Porvenir

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Dpto	Municipio
Calle 29 # 19-51	3202253679	proinganka.sas@gmail.com		Casanare Yopal

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1 Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2 Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3 Actualización del documento de identidad
- [ ] 4 Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5 Terminación de la inscripción con la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Inscripción a la EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para hacer afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para hacer 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 [ ]	No documento de identidad	62. Sexo Biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal	64. Fecha de Nacimiento [ ]
65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo del traslado Código [ ]	68. Caja de compensación familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIÓN DE 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 de los beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario 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 5 entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y a de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en contribución solidari, según la encuesta del SISBEN 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 [ ]	No del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jairo Andres Salguero	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84 Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 date unión marital
- [ ] 86 Copia del certificado de adopcion 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 ENTIDAD 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 [ ]	No Documento de Identidad:	95. Firma del funcionario:	
96. Fecha de radicación [ ]	97. Fecha de validación [ ]		

Observaciones

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

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro

SGS
CO09/2564

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: (X) C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C.
1006558586

Lugar y fecha de expedición: 16/02/2017 Yopal

Sexo: X

CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Salguero

Segundo apellido: Villasana

Nombres: Jairo Andres

Fecha de Nacimiento: 1999 02 09

Teléfono: 3132185116

Dirección Residencia: Carrera 21 No 16 - 54

BARRIO: Gaban

Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL ☐ Casado(a) (X) Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 07 15		Ayudante de ornamentación	1.423.500

Tipo de contrato FIJO — Administrar Recursos Públicos ☐ Si (X) No — Servidor Público ☐ Si (X) No — Nivel Escolaridad técnico

Profesión Ornamentador — Presenta Discapacidad alguna ☐ Si (X) No — Tipo de Discapacidad

En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA ☐ No tiene ☐ Propia (X) Arrendada ☐ Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL (X) Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual (X) No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano (X) No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
PROINGENIARQ S.A.S	3104845998

NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9

Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido

Segundo apellido

Anexo: Nombres

Fecha de Nacimiento

Recibe subsidio
SI
NO

Retiro: Tipo y número de identificación ☐ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

Solicitud de Datos Personales

Yo Jairo Andres Salguero Villasana, identificado con cedula de ciudadanía No 1006558586 expedida en Monterrey, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Jairo Andres Salguero
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
15 JUL 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

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:

JAIRO ANDRES SALGUERO VILLASANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.558.586**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Jairo Andres Salguero Villasana		
CEDULA:	1006.558.586	CARGO	Ayudante Ornamentación

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco			
2	Pantalón (Jeans)			
3	Buso			
4	Capuchon			
5	Guantes de Baqueta			
6	Guantes de Nitrilo			
7	Mascarilla			
8	Gafas de Protección Solar			
9	Protectores Auditivos de Inserción			
10	Botas de Seguridad Punta de Acero			
11	Botas de Caucho			

Jairo Andres Salguera

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Jairo Andres Salguero.

CEDULA No: 1006 558 586.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Jairo Andres Salguero Villasana		
CARGO:	Ayudante Ornamentación		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

Jairo Andres Salguero
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	William Enrique Cortes Díaz		
CEDULA:	17.348.699	CARGO	Director de Obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalón (Jeans)	1	08/08/2025	
3	Buso	1	08/08/2025	
4	Mascarilla	1	08/08/2025	
5	Gafas de protección Solar	1	08/08/2025	
6	Protectores Auditivos	1	08/08/2025	
7	Botas de Seguridad	1	08/08/2025	
8	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	William Enrique Cortes Diaz		
CARGO:	Director de Obra		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Cristhian Javier Guerra Díaz		
CEDULA:	86.075.316	CARGO	Residente de Obra

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalon (Jeans)	1	08/08/2025	
3	Buso	1	08/08/2025	
4	Guantes de Vaqueta	1	08/08/2025	
5	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
6	Mascarilla	1	08/08/2025	
7	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
8	Protectores Auditivos	1	08/08/2025	
9	Botas de Seguridad	1	08/08/2025	
10	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 86 075 316.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Cristhian Javier Guerra Díaz
CARGO:	Residente de Obra

INDUCCIÓN [X] **CONTRATISTA** [ ]
REINDUCCIÓN [ ] **EMPLEADO** [ ]

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Mary Fernanda Gonzales Aranguren		
CEDULA:	1.118.543.940	CARGO	Profesional H.S

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalón (Jeans)	1	08/08/2025	
3	Buso	2	08/08/2025	
4	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
5	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
6	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
7	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1.118.543.940

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:			
NOMBRE EMPLEADO:	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren		
CARGO:			
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

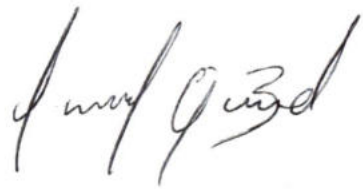
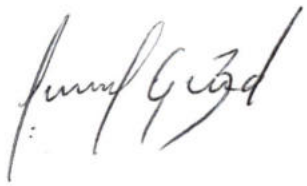
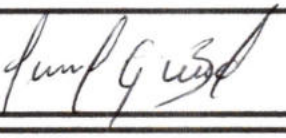
FIRMA TRABAJADOR

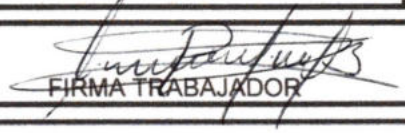
OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Pedro Antonio Caro Benavides		
CARGO:	Tecnico Electrico		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Pedro Antonio Caro Benavides		
CEDULA:	74.080.289	CARGO	Tecnico Electrico

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalones (Jeans)	1	08/08/2025	
3	Buso	1	08/08/2025	
4	Capuchón	1	08/08/2025	
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 74080289

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	4/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Javier Alberto Perez Rivera		
CEDULA:	1.115.913.998	CARGO	Apoyo Logistico, Conductor

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	4/08/2025	
2	Pantalon (Jeans)	1	4/08/2025	
3	Buso	3	4/08/2025	
4	Capuchon	1	4/08/2025	
5	Guantes de Vaqueta	1 par	4/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1 Par	4/08/2025	
7	Mascarilla	1	4/08/2025	
8	Gafas	1	4/08/2025	
9	Protectores Auditivos	1	4/08/2025	
10	Botas de Seguridad	1	4/08/2025	
11	Botas de caucho	1	4/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

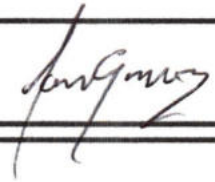
FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

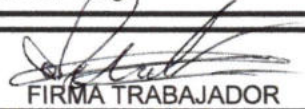
CEDULA No: 1.115.913.998

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	4/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Javier Alberto Perez Rivera		
CARGO:	Apoyo Logistico, Conductor		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Dagoberto Gonzalez Millán		
CEDULA:	74.825.233	CARGO	Maestro de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalones (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchón	1	08/08/2025	
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

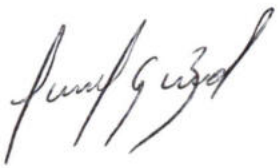
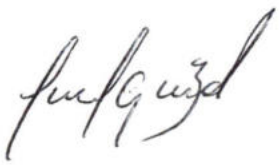
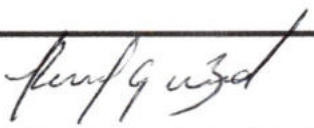
FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

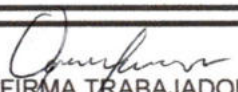
CEDULA No: 74.825.233

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Dagoberto Gonzalez Millán		
CARGO:	Maestro de Obra Civil		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X 	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	



FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Luis Alfonso Adan Rodriguez		
CEDULA:	74.858.581	CARGO	Oficial de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalones (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchón	1	08/08/2025	
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

LUIS ALFONSO adanRO

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

LUIS ALFONSO adanRO

CEDULA No: 74 858 581.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Luis Alfonso Adan Rodriguez
CARGO:	Oficial de Obra Civil

INDUCCIÓN	X	**CONTRATISTA**	
REINDUCCIÓN		**EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

LUIS ALFONSO ADAN RO
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Jorge Leonardo Rincon Rincon		
CEDULA:	1.118.542.551	CARGO	Ayudante de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalones (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchon	1	08/08/2025	
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1118.542.551.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Jorge Leonardo Rincon Rincon		
CARGO:	Ayudante de Obra Civil		
INDUCCIÓN	X	**CONTRATISTA**	
REINDUCCIÓN		**EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

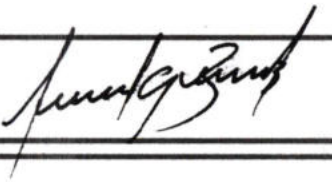
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Alino Urbano Gomez		
CARGO:	Ayudante de Obra Civil		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

ALIRIO URBANO GP

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Alirio Urbano Gomez		
CEDULA:	74.812.650	CARGO	Ayudante de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	8/8/25	
2	Pantalones (Jeans)	1	8/8/25	
3	Buso	3	8/8/25	
4	Capuchon	1	8/8/25	
5	Guantes de Vaqueta	1	8/8/25	
6	Guantes de Nitrilo	1	8/8/25	Alirio Urbano Go
7	Mascarilla	3	8/8/25	
8	Gafas de Protección Solar	1	8/8/25	
9	Protectores Auditivos	4	8/8/25	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	8/8/25	
11	Botas de Caucho	1	8/8/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	MARY FERNANDA	CEDULA No.	1.118.547.940
CARGO	PROFESIONAL H/S COORDINADOR ALTURAS	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Alirio Urbano Go

CEDULA No: 74.812.650

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	John Jairo Gamboa Castro		
CEDULA:	1.115.910.926	CARGO	Oficial Ornamentador

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalón (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchón	1	08/08/2025	
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1115 910 926.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	John Jairo Gamboa Castro
CARGO:	Oficial Ornamentador

INDUCCIÓN [X] **CONTRATISTA** [ ]
REINDUCCIÓN [ ] **EMPLEADO** [ ]

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Dimerson Elian Romero		
CEDULA:	1006.496.945	CARGO	Ayudante Ornamentación

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalón (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchón	1	08/08/2025	Dimerson Elian
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1118.543.990
CARGO	Profesional H.S	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Dimerson Elian

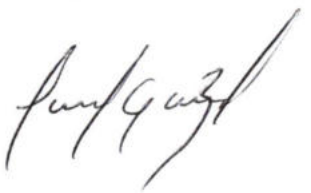
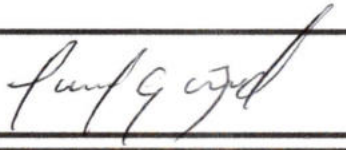
CEDULA No: 1006496945

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025
NOMBRE EMPLEADO:	Dimerson Elian Romero
CARGO:	Ayudante Ornamentación

INDUCCIÓN	X	**CONTRATISTA**	
REINDUCCIÓN		**EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

Dimerson Elian
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Jairo Andres Salguero Villasana		
CEDULA:	1006.558.586	CARGO	Ayudante Ornamentación

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	08/08/2025	
2	Pantalón (Jeans)	2	08/08/2025	
3	Buso	3	08/08/2025	
4	Capuchon	1	08/08/2025	Jairo Andres Salguero
5	Guantes de Baqueta	1	08/08/2025	
6	Guantes de Nitrilo	1	08/08/2025	
7	Mascarilla	1	08/08/2025	
8	Gafas de Protección Solar	1	08/08/2025	
9	Protectores Auditivos de Inserción	1	08/08/2025	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	08/08/2025	
11	Botas de Caucho	1	08/08/2025	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Mary Fernanda Gonzalez Aranguren	CEDULA No.	1.118.543.940
CARGO	Profesional H.S.	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

Jairo Andres Salguero.

CEDULA No: 1006 558 586.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Jairo Andres Salguero Villasana		
CARGO:	Ayudante Ornamentación		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

Jairo Andres Salguero
FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.812.650

URBANO GOMEZ
APELLIDOS

ALIRIO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1981
NUNCHIA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-DIC-1999 NUNCHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4600199-70141602-M-0074812650-20050923 00067 05268H 02 1929685154

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **ALIRIO URBANO GOMEZ**, identificado con **CC** No. **74812650**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
PROINGENIARQ SAS - NIT 901388628	**Fecha de inicio de cobertura:** 31/07/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los 30 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_10_2_2_FR01 v_09

MIS_4_1_1_FR01 v_010

capresoca EPS
- Creciendo para la Gente -

CAPRESOCA EPS NIT: 891.856.000-9 MOVILIDAD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
FO-AS-08
2024-09-30
V.03

01 AGO. 2025

NO DE RADICADO	FECHA DE RADICADO
	2 5 0 8 0 1 0 2 5

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X]	A. Individual [ ] Cotizante o cabeza de familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	SI [ ]
B. Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	b. Subsidiado [ ]	NO [ ]

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Urbano	Segundo Apellido: Gomez	Primer Nombre: Alirio	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
C.C.	74.812.650	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal: Femenino [ ] Masculino [X]	

14. Lugar de Nacimiento						15. Fecha de Nacimiento
País:		Departamento		Municipio		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN
		SI [ ] NO [X] Categoría de Discapacidad:	SI [ ]

20. Calificación SISBEN	21. Grupo de población especial:
NIVEL [ ] GRUPO [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23. Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección: Cra 20 #27-18	Teléfono:	Teléfono Celular: 3204279691	Correo electrónico: manifiesta no usar

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal: Femenino [ ] Masculino [ ]	

33. Lugar de Nacimiento						34. Fecha de Nacimiento
País:		Departamento		Municipio		

Datos basicos 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
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural disperso	Zona: Resto Rural	Teléfono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	54. Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre de la razón social	56. Tipo de Documento de Identificación	57. No de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Proinganaria SAS	NIT	901388628-9	Porvenir

Dirección	Teléfono:	Correo electrónico	Dpto:	Municipio:
Calle 29 # 19-51	3202253679	proinganaria sas@gmail.com	Casanare	Yopal

B. REPORTE DE NOVEDADES

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:

ALIRIO URBANO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.812.650**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio 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.

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro

SGS CO09/2864

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 74812650
Lugar y fecha de expedición: 15/12/1999 Nunchia
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: Urbano
Segundo apellido: Gomez
Nombres: Alirio
Fecha de Nacimiento: 1981 10 11
Teléfono: 3123608709
Dirección Residencia: Carrera 29 No 27 - 18
BARRIO: Provivienda
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 07 30		Ayudante de obra	1.423.500

Tipo de contrato: FIJO — Administrar Recursos Públicos: Si ☒ NO — Servidor Público: Si ☒ NO — Nivel Escolaridad: Técnico
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: Si ☒ NO — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	■ No aplica

Pertenencia etnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PROINGENIARQ S.A.S
Teléfono: 3104845998
NIT, C.C. o C.E.: 901388628-9
Dependencia: CASANARE

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: Nombres:
Fecha de Nacimiento: AAAA MM DD
Recibe subsidio: SI NO ___
Retiro: Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C.
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Alirio Urbano Gomez, identificado con **cédula de ciudadanía No.** 74812650 expedida en Nunchia, manifiesto así de manera expresa, **que AUTORIZO de** manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación **Familiar de Casanare, para** tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución **publicada en la página** Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos **datos serán custodiados,** conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de **información de servicios** contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido **en la ley 1581 de 2012 y lo** reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

01 AGO 2025

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C. o C.E. No. ALIRIO URBANO GO.

Firma y sello del empleador

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

OBSERVACIONES:

La información de este formato está sujeta a verificacion

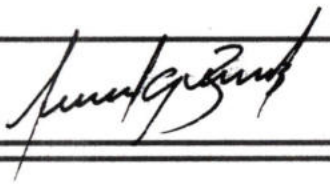
VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

PROINGENIARQ S.A.S Proyectos de Ingeniería y Arquitectura	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION

FECHA:	08/08/2025		
NOMBRE EMPLEADO:	Alino Urbano Gomez		
CARGO:	Ayudante de Obra Civil		
INDUCCIÓN **REINDUCCIÓN**	X	**CONTRATISTA** **EMPLEADO**	

Como integrante de la familia PROINGENIARQ S.A.S., a continuación especifico los temas en los cuales he recibido inducción o reinducción por parte de la empresa

AREA	ITEMS	FIRMA RESPONSABLE
GENERALIDADES	Misión y Visión	
	Organigrama	
	Reglamento interno de trabajo	
	Objetivos SGI de la empresa	
	Contratación	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	
SIG	Politicas del SIG: Politica integrada del SIG - politica de seguridad vial, politica de prevencion de acoso laboral, politica de desconexion laboral, politica de tratamiento de datos.	
	Reglamento de higiene y seguridad industrial	
	COPASST, Comité de Convivencia Laboral y comité de seguridad vial	
	Planes de emergencia y brigadas de emergencia	
	Factores de riesgo relacionados a la actividad de PROINGENIARQ S.A.S	
	Pasos para realizar un AST	
	Factores de riesgo relacionados al cargo y uso de EPP	
	Aspectos e impactos ambientales inherentes a la actividad	
	Gestión de residuos sólidos y cuidado ambiental	
	Derechos y deberes ARL	
PROPIOS DEL CARGO	Procedimientos operativos aplicables	
	Funciones y Responsabilidades del Cargo	

ALIRO URBANO GO

FIRMA TRABAJADOR

OBSERVACIONES:

PROINGENIARQ S.A.S
Proyectos de Ingeniería y Arquitectura

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FECHA:	08/08/2025	PROYECTO	Alturas
NOMBRE:	Alirio Urbano Gomez		
CEDULA:	74.812.650	CARGO	Ayudante de Obra Civil

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPI ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco	1	8/8/25	
2	Pantalones (Jeans)	1	8/8/25	
3	Buso	3	8/8/25	
4	Capuchon	1	8/8/25	
5	Guantes de Vaqueta	1	8/8/25	
6	Guantes de Nitrilo	1	8/8/25	
7	Mascarilla	3	8/8/25	
8	Gafas de Protección Solar	1	8/8/25	
9	Protectores Auditivos	4	8/8/25	
10	Botas de Seguridad Punta de Acero	1	8/8/25	ALIRIO URBANO GO
11	Botas de Caucho	1	8/8/25	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	MARY FERNANDA	CEDULA No.	1.118.547.940
CARGO	PROFESIONAL H/S COORDINADOR ALTURAS	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPI. El presente compromiso quedará archivado, como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de PROINGENIARQ S.A.S.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

ALIRIO URBANO GO

CEDULA No: 74.812.650

Oriental I.P.S.
Seguridad Salud

SAFETY FULL SAS

NIT: 900949012-7
Dirección: Calle 31 # 29-61
Cel: 312 372 1449
Correo: orientalips@gmail.com
YOPAL-CASANARE



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 532

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	08 MES	2025 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PROINGENIARQ S.A.S	PROINGENIARQ S.A.S
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

URBANO GOMEZ ALIRIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 28 DÍAS	CC	74812650
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CITA POR NUTRICION // SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

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

Médico

MARIANA PULIDO TAPIAS
MEDICO GENERAL
Registro Profesional: 85128/98 Licencia SO: 0136

Firma:

Nombre: CC: 52055046 - MARIANA PULIDO

R. M.: 85128/98 **L.S.O.:** 0136

Código de Seguridad
W1515C1I532

Aspirante o Trabajador

Alirio

Firma:

Nombre: URBANO GOMEZ ALIRIO

CC: 74812650

VEHICULOS

SEPARADOR TOYOTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029954953

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
DSP153	TOYOTA	HILUX	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.393	PLATA METALICO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	DOBLE CABINA	DIESEL	5

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
2GD-4362243	N	8AJKB8CD1J1673423

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
8AJKB8CD1J1673423	N	8AJKB8CD1J1673423	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GUERRA DIAZ CRISTHIAN JAVIER	C.C. 86075316

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 148

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482018000001542

VE: I

FECHA IMPORT.: 02/01/2018

PUERTAS: 4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA: 29/01/2018

FECHA EXP. LIC. TTO.: 06/09/2023

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL YOPAL



LT07002553255

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2025 4 21	2025 4 22	2026 4 21

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
91214681 - 611945248	DSP153	CAMPEROS Y CAMIONETAS	PARTICULAR	2393	2018

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
5	TOYOTA	DOBLE CABINA
	LÍNEA VEHICULO: HILUX	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
2GD4362243	8AJKB8CD1J1673423	8AJKB8CD1J1673423	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CRISTHIAN GUERRA DIAZ	3108591342	CC	86075316	YOPAL

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	91214681	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
22	$ 618.900	$ 321.800	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 942.800

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro Ter-cero



Te respaldo en caso de que presentes una accidente de tránsito y pagamos lo que el SOAT no cubre.

Consulta más información con el Asesor o en nuestra página web www.segurostercero.com

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT. Las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el centro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT,

la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/.

Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos. Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos

[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicas se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y eficaz de la víctima.

[2] Para las Salas 100, 110, 120, 130, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 742, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022.

[3] Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022.

[4] Según numeral 1 del Art. 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

[5] Según numeral 1 del Art. 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2025.04.21 17:43:02 -05:00

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 179704718

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO REVI AUTOS TRV-18

NIT: 900199709

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-144

Fecha de expedición: 2025/02/21

Fecha de vencimiento: 2026/02/21

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	DSP153	**CLASE:**	CAMIONETA
MARCA:	TOYOTA	**MODELO:**	2018
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	2393	**NRO. MOTOR:**	2GD-4362243
NRO. CHASIS:	8AJKB8CD1J1673423	**VIN:**	8AJKB8CD1J1673423
LÍNEA:	HILUX		
COLOR:	PLATA METALICO		

NOMBRE PROPIETARIO: CRISTHIAN J. GUERRA D.

FIRMA DEL RESPONSABLE

ELIAS ESTEPA MONSALVE

DATOS ENVÍO
NOMBRE: PROINGENIARQ
DIRECCION:
CIUDAD: YOPAL-CASANARE

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROINGENIARQ
IDENTIFICACIÓN: 901388628

SEGURO DE AUTOMÓVILES

CERTIFICADO DE SEGURO

Póliza N° 1523178350201
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 03/02/2025

OBSERVACIONES: DSP153.

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	03/02/2025 (Día Mes Año)	03/02/2026 (Día Mes Año)
	A las 00 horas	A las 00 horas

ASEGURADO N.1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
CRISTHIAN JAVIER GUERRA DÍAZ	86075316

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
CRISTHIAN JAVIER GUERRA DÍAZ	86075316

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
GRG ASESORES DE SEGUROS LTDA	

RELACIÓN DE ACCESORIOS

DESCRIPCIÓN	VALOR	EQUIPO ORIGINAL
	$ 0	

DETALLE DEL BIEN ASEGURADO

PLACA	DSP153
MARCA	TOYOTA HILUX [8] 2.4L MT 2400CC TD 4X4 EURO IV
MODELO	2018
TIPO	PICK-UPS DOBLE CABINA
COLOR	PLATA METALICO
NÚMERO DE MOTOR	2GD-4362243
VIN O CHASIS	8AJKB8CD1J1673423
VALOR COMERCIAL *	$ 148,900,000
TOTAL ACCESORIOS	$ 0
VALOR ASEGURADO DEL BIEN	$ 148,900,000
PEQUEÑOS ACCESORIOS	$1,100,000
LLAVES	SIN LÍMITE

*Tomado de la Guía de Fasecolda No. 341 Código: 9021064

El valor asegurado corresponderá al valor comercial a la fecha del siniestro tomado de la última guía de Fasecolda vigente..

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AMPAROS

AL ASEGURADO

COBERTURA	VALOR ASEGURADO % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones
Daños a Terceros	4000 Millones	0%, mínimo 0 salario(s)
Amparo Patrimonial para responsabilidad civil extracontractual		
COBERTURAS ADICIONALES		
Acompañamiento jurídico en proceso penal y civil		
Responsabilidad civil extracontractual extendida		Según condiciones
Patios por inmovilización en caso de accidente		Según condiciones

AL VEHÍCULO

COBERTURA	DEDUCIBLE % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
Daño total	0%, mínimo 0 salario(s)
Daños parciales	$800,000
Hurto parcial y total*	0%, mínimo 0 salario(s)
Terremoto	Aplican los mismos deducibles de daños parciales o totales
Reposición de Llaves	0% - hasta 2 eventos por vigencia
Asistencia en viajes	Según condiciones
Pequeños accesorios	Según condiciones
Vehículo temporal de reem	0%, mínimo 0 salario(s)
Riesgos patrimoniales	0%, mínimo 0 salario(s)

*Este deducible aplica solo para hurto total, para hurto parcial aplica los mismos deducibles que Daños Parciales

Código de Clausulado que aplica: 20/11/2024-1327-P-03-AU-00000000000112-D00I. Consulte este clausulado en la página **www.segurosbolivar.com**

OTROS BENEFICIOS

Programa de reposición especial en caso de pérdida total
Descuento con proveedores para compra de vehículo nuevo

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629820024080001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA	$ 3,873,990
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR	$ 306,480
IVA PRIMA	$ 736,058
IVA ASISTENCIA	$ 58,231
TOTAL A PAGAR	**$ 4,974,759**
PERIODICIDAD DE PAGO	ANUAL

NOTA IMPORTANTE

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1523178350201
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 03/02/2025

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROINGENIARQ

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$ 3,873,990
VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR:	$ 306,480
IVA PRIMA:	$ 736,058
IVA ASISTENCIA:	$ 58,231
TOTAL A PAGAR	**$ 4,974,759**
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629820024080001.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Copia CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **$ 4,974,759**

PARA PAGO EN BANCOS

(415)7709998010260(8020)0629820024080001(3900)000004974759(96)20250320

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629820024080001

Póliza N°: 1523178350201

Valor efectivo :

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:
Davivienda: 1044189 **Bancolombia:** 64912 **Banco de Occidente:** 18659 **Grupo Éxito:** 4382

Página en blanco

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

SEGURO DE AUTOS PARA VEHÍCULOS PARTICULARES BOLÍVAR

20/11/2024-1327-P-03-AU-0000000000112-D00I

Nosotros, Seguros Comerciales Bolívar S.A en adelante **LA ASEGURADORA**, lo protegemos como **ASEGURADO** y beneficiario por los eventos que sufra el vehículo asegurado y los daños que cause a terceros, de acuerdo con el plan y las coberturas contratadas, hasta por las sumas y límites pactados, tal como consta en el certificado de la póliza.

1. QUÉ CUBRIMOS

1.1. Responsabilidad civil extracontractual (RCE) daños a terceros

Cubrimos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sean consecuencia de daños causados por el ASEGURADO o por una persona autorizada por él, a un tercero o a sus bienes, provenientes de un accidente o evento ocasionado por el vehículo asegurado.

1.1.1. Responsabilidad civil extracontractual extendida:

Cubrimos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sean consecuencia de daños a un tercero o a sus bienes, según el plan de producto contratado así:

Premium: Cuando el ASEGURADO, su esposo (a) o sus hijos que dependan económicamente de él hasta los 25 años, conduzcan lícitamente otros vehículos de similares características al amparado en la póliza, cuyo modelo no supere los 12 años de antigüedad y que éste no sea de su propiedad, de su esposo (a) o sus hijos.

Estándar: Cuando el ASEGURADO conduzca lícitamente otros vehículos de similares características al amparado en la póliza, cuyo modelo no supere los 12 años de antigüedad y que este no sea de su propiedad, de su esposo (a) o sus hijos.

Clásico y Básico: No cuenta con la extensión de cobertura.

1.1.2. Acompañamiento jurídico y gastos de defensa judicial

En caso que el ASEGURADO reciba una reclamación judicial, sea civil o penal, LA ASEGURADORA asignará un abogado que lo represente dentro de un proceso que sea

TOMADOR
Persona encargada de pagar la prima, y quien obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a LAASEGURADORA.

ASEGURADO
Persona que registra en el certificado de la póliza y tiene derecho al pago de la indemnización a consecuencia de un evento amparado por el contrato de seguro.

BENEFICIARIO
Es la persona designada en la póliza para recibir los beneficios de la póliza de seguros en caso de que se presente una pérdida por daños o hurto.

En caso de afectación de la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual, el beneficiario es el tercero que resulte afectado en el accidente.

CERTIFICADO DE LA PÓLIZA
Es el documento que especifica qué cubre y no cubre la póliza de seguro.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Es la obligación que se tiene de indemnizar a una persona a la que se le causa daño, sin que esa responsabilidad surja por el incumplimiento de un contrato.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

consecuencia directa y exclusiva de un accidente de tránsito amparado en esta póliza, y hasta su terminación, incluyendo las investigaciones y reconstrucciones de los hechos que sean necesarios para su defensa.

Así mismo, previa autorización escrita de **LA ASEGURADORA**, a elección del **ASEGURADO**, éste podrá designar un abogado de confianza que lo represente dentro del proceso civil o penal. Para lo anterior, se pactan los honorarios como un porcentaje de la cobertura afectada, hasta por un monto que no supere el valor indicado como mínimo en la tarifa de honorarios del colegio de abogados de la ciudad donde curse el respectivo proceso. En caso de que no exista Colegio de Abogados o tarifa en determinada ciudad, se aplicará la del Colegio Nacional de Abogados.

Esta cobertura, de igual manera, reemplaza la cobertura de costos del proceso establecida en el articulo 1128 del Código de Comercio.

1.1.3. Patios por inmovilización:

En caso que la autoridad correspondiente ordene la inmovilización del vehículo amparado por un accidente que ocasione la muerte o lesiones a terceros, cubrimos los gastos de patios por un límite máximo de 15 días calendario hasta un SMDLV por día.

Aplica únicamente para el plan Premium, siempre y cuando el vehículo amparado sea de servicio particular tipo automóvil, camioneta, campero o pick up.

2. QUÉ CUBRIMOS DE MANERA OPCIONAL

LA ASEGURADORA otorga las siguientes coberturas a elección del Tomador o **ASEGURADO**, siempre y cuando se realice el pago de la prima correspondiente y estén expresadas en el certificado de la póliza

2.1. Daños

Cubrimos los daños parciales o totales del vehículo amparado y los accesorios que se encuentren relacionados en la póliza, que sean consecuencia directa de:

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente

ACCIDENTE
Un hecho súbito, accidental, imprevisto e independiente de la voluntad del asegurado.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Un accidente de tránsito.
- Eventos de la naturaleza, tales como incendio, explosión, huracán, granizada, inundación y terremoto.
- Asonada, motín, conmoción civil y actos mal intencionados de terceros
- Terrorismo

2.2. Hurto

La desaparición del vehículo amparado y los accesorios que se encuentren relacionados en la póliza, como consecuencia de cualquier clase de hurto o su tentativa.

HURTO
Clasificación establecida por el Código Penal Colombiano.

2.3. Pequeños accesorios

Cubrimos los daños o el hurto de los accesorios amparados de acuerdo al plan contratado, tales como vidrios laterales, vidrios panorámicos, boceles, emblemas, espejos, tapas de gasolina, llaves, llantas y estallido de las llantas, que se produzca debido a la normal operación del vehículo, que sean consecuencia directa de:

- Un accidente
- Cualquier clase de hurto o su tentativa.

La cobertura se otorga sujeta a un límite de siniestro por vigencia sin posibilidad de restablecimiento de la suma asegurada, según lo expresado en el certificado de la póliza.

2.4. Movilidad 360

Esta cobertura es opcional para el plan Premium y cuenta con los siguientes amparos:

2.4.1. Extensión de la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual (RCE) - Daños a Terceros:

En extensión de la cobertura de Responsabilidad Civil del vehículo, cubrimos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que sean consecuencia de daños causados por el **ASEGURADO**, a un tercero o a sus bienes, provenientes de un accidente o evento ocasionado cuando el **ASEGURADO** esté conduciendo una bicicleta o patineta.

Se otorga hasta un límite de suma asegurada y de siniestros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

según lo expresado en el certificado de la póliza, sin posibilidad de restablecimiento de la suma asegurada; esta cobertura opera en exceso cuando la bicicleta o la patineta tenga suscrita una póliza que ampare esta misma cobertura.

2.4.2. Extensión de la cobertura de Daños al vehículo

En extensión de la cobertura de Daños al vehículo, cubrimos por reembolso los daños parciales o totales causados a la Bicicleta o Patineta de propiedad del **ASEGURADO**, que sean consecuencia directa de un accidente presentado cuando el **ASEGURADO** los vaya conduciendo.

Se otorga hasta un límite asegurado y de siniestros, según lo expresado en el certificado de la póliza, sin posibilidad de restablecimiento de la suma asegurada.

2.4.3. Accidentes Personales en movilidad

2.4.3.1. Cubrimos hasta el límite establecido en el certificado de la póliza, cuando el asegurado sufra un accidente conduciendo el vehículo amparado, la bicicleta o patineta, o se esté movilizando en un medio de transporte público legalmente establecido y como consecuencia de ese accidente se presente cualquiera de los siguientes eventos:

2.4.3.1.1. Muerte Accidental: Sufra una lesión que le cause la muerte, dentro de los 180 días calendario siguientes a la ocurrencia del evento.

En caso que se haya pagado alguna suma por concepto de incapacidad total y permanente, el límite máximo a indemnizar será la diferencia entre el valor Asegurado por muerte accidental y lo pagado por incapacidad total y permanente.

Los beneficiarios de este amparo serán los dispuestos por ley.

2.4.3.1.2. Incapacidad total y permanente: Sufra lesiones corporales, internas o externas, que le ocasionan una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, que le impida al **ASEGURADO** desempeñar cualquier ocupación o empleo.

Se otorga siempre y cuando la incapacidad total y permanente se haya presentado dentro de los 180 días posteriores a la ocurrencia del accidente; y el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral haya sido emitido por una ARL, EPS, AFP o entidades competentes autorizadas para tal fin, con base en lo establecido en el Manual Único de invalidez vigente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

2.4.3.2. Gastos Médicos: Cubrimos hasta el límite establecido en el certificado de la póliza, cuando el asegurado sufra un accidente conduciendo el vehículo amparado, la bicicleta o patineta, y como consecuencia de ese accidente incurra en: gastos por servicios médicos, quirúrgicos, odontológicos, de fisioterapia, hospitalarios o farmacéuticos dentro de los 3 días siguientes a la ocurrencia del evento; estos deben ser prestados por profesionales de salud y entidades hospitalarias acreditadas por las autoridades competentes para ejercer su actividad profesional.

Se otorga sujeta a un límite de siniestro por vigencia sin posibilidad de restablecimiento de la suma asegurada, según lo expresado en el certificado de la póliza.

3. BENEFICIOS DE MOVILIDAD

LA ASEGURADORA otorga los beneficios de movilidad para vehículos de servicio particular tipo automóvil, camioneta, campero y pick up, en caso de Daños o Hurto; y le ofrece al **ASEGURADO** diferentes alternativas las cuales son excluyentes entre sí, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- **Pérdidas Parciales:** desde el ingreso al taller autorizado por **LA ASEGURADORA** hasta por los límites contratados.
- **Pérdidas Totales:** Para hurto, desde el aviso del siniestro; para daños, desde la declaratoria hasta por los límites contratados.

En caso que el vehículo tenga un uso diferente al particular, el **ASEGURADO** sólo podrá escoger la opción de gastos de movilización.

El **ASEGURADO** podrá optar por alguna de las siguientes alternativas:

3.1. Vehículo de reemplazo

Le brindamos la posibilidad de disfrutar un vehículo de reemplazo de las características definidas por **LA ASEGURADORA**. Este servicio solo se prestará en las ciudades donde el proveedor tenga presencia, de acuerdo con los siguientes límites, según el plan de producto contratado:

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">COBERTURA</th><th colspan="3">Opción Contratada</th></tr>
<tr><th>Plan Premium</th><th>Plan Estándar</th><th>Plan Clásico o Básico</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Pérdida Daños / Hurto</td><td>Parcial</td><td>7 días con extensión a 15 días continuos</td><td>7 días continuos</td><td>NO</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Total</td><td>Hasta 30 días continuos</td><td>Hasta 15 días continuos</td><td rowspan="2">NO</td></tr>
<tr><td colspan="2">Se descuentas los días ya otorgados para pérdida parcial por el mismo evento,</td></tr>
</table>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El brindar un vehículo de reemplazo no compromete a **LA ASEGURADORA** a pagar la indemnización por pérdida parcial o total.

3.2. Gastos de movilización

Le brindamos la posibilidad de recibir una indemnización en dinero de acuerdo a los siguientes límites, según el plan de producto contratada:

COBERTURA		Opción Contratada		
		Plan Premium	Plan Estándar	Plan Clásico o Básico
Pérdida Daños / Hurto	Total	1.5 SMDLV hasta por 30 días continuos	1.5 SMDLV hasta por 15 días continuos	NO

En caso de una pérdida total, cuando el **ASEGURADO** haya solicitado inicialmente el vehículo de reemplazo, podrá optar por solicitar los gastos de movilización, caso en el cual se descontarán de los gastos, los días utilizados por el vehículo de reemplazo.

4. GASTOS PARA PROTEGER Y TRASLADAR EL VEHÍCULO

Cubrimos los gastos en que incurra el **ASEGURADO** como consecuencia de un evento amparado por daños o hurto, hasta por un 20% del valor del siniestro, siempre que no se haya realizado el traspaso a **LA ASEGURADORA**, con el fin de:

- Proteger el vehículo en el sitio del accidente en caso que no se pueda movilizar.
- Trasladar el vehículo dentro del territorio nacional, con grúa u otro medio idóneo, hasta el taller más cercano; o hasta el sitio más cercano que le brinde la protección adecuada; o a un lugar diferente previa autorización de **LA ASEGURADORA**.

Aplica cuando no haya sido contratado, solicitado, prestado o autorizado el servicio de asistencia al vehículo, o cuando se haya alcanzado el límite máximo contratado por este servicio.

5. AMPARO PATRIMONIAL

Cubrimos los siguientes sucesos para las coberturas de RCE, Daños y Hurto, siempre y cuando no medie dolo del conductor:

DOLO
Conducta deliberada y maliciosa de cometer un delito o una conducta prohibida por la ley.

SUBROGACIÓN
Derecho que cede el asegurado a favor del asegurador para que éste adelante acción contra el tercero responsable del siniestro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

20/11/2024-1327-P-03-AU-0000000000112-D00I
20/11/2024-1327-NT-P-03-AUTFAM2603012500

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

- Cuando desatienda las señales o normas de tránsito.
- Cuando se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes, drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas.
- Si el conductor tiene vencida la licencia de conducción.

Este amparo no impide que **LA ASEGURADORA** ejerza el derecho de subrogación en contra del conductor del vehículo amparado, siempre y cuando el conductor no sea el mismo **ASEGURADO**, su cónyuge o sus parientes en línea directa o colateral hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad, parentesco civil o un conductor autorizado por el **ASEGURADO**.

6. QUÉ NO CUBRIMOS - EXCLUSIONES

LA ASEGURADORA queda liberada de toda responsabilidad cuando se presente una o más de las siguientes causales:

Exclusiones generales

6.1. Muerte o lesiones corporales a:

6.1.1. El cónyuge o compañero(a) permanente del **ASEGURADO**, conductor y sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad y parentesco civil.

6.1.2. Ocupantes del vehículo amparado cuando el vehículo sea de servicio público o se encuentre alquilado o destinado para el transporte de pasajeros sin la autorización expresa de **LA ASEGURADORA**.

6.1.3. Personas que en el momento del accidente se encuentren reparando o atendiendo el mantenimiento del vehículo.

6.2. La responsabilidad que se le genere al **ASEGURADO** por la conducción del vehículo por parte de personas no autorizadas por él.

6.3. Pérdidas o daños causados:

6.3.1. A bienes de propiedad o tenencia del **ASEGURADO** o de su grupo familiar por consanguinidad, afinidad o parentesco civil hasta segundo grado.

6.3.2. Al vehículo amparado, a bienes de terceros o lesiones o muerte a personas, causados por las cosas transportadas y los daños que generen dichas cosas cuando el vehículo no esté en movimiento.

6.3.3. Al vehículo amparado, a bienes de terceros o lesiones o muerte a personas, cuando el conductor del vehículo nunca haya obtenido la licencia de conducción, esta sea falsa o se encuentre suspendida por la autoridad competente; o si la licencia de conducción está expedida para una categoría diferente al vehículo amparado.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

6.3.4. Al vehículo amparado por ponerse en marcha después de sufrir un accidente.

6.3.5. Al vehículo amparado que no hayan sido derivados del siniestro.

6.3.6. Al vehículo no asegurado conducido por el **ASEGURADO** o su grupo familiar, en caso de responsabilidad civil extendida.

6.3.7. Al vehículo amparado o por el vehículo amparado cuando se movilice en cualquier medio de transporte.

6.4. Daños al vehículo amparado causados por:

6.4.1. Vicio propio, variaciones naturales, climatológicas y deterioros causados por el desgaste natural.

6.4.2. Daños eléctricos o mecánicos.

6.4.3. Deficiencias de refrigeración, lubricación, reparación, servicio o mantenimiento, salvo que sean derivados de un siniestro.

6.4.4. Operar con un combustible inadecuado.

6.5. Cuando el vehículo amparado al momento del siniestro se encuentre:

6.5.1. En proceso de venta o transferencia de la propiedad, conste o no por escrito, e independientemente que haya sido inscrita o no ante la entidad que determine la ley.

6.5.2. Arrendado o subarrendado.

6.5.3. Halando a otro vehículo con o sin fuerza propia. Se exceptúan los remolques que se encuentren dotados de un sistema de frenos y luces, en cuyo caso los daños causados a terceros por dicho remolque cuando se encuentre acoplado al vehículo amparado quedan cubiertos, pero se excluyen los daños causados al remolque; daños causados por el remolque al vehículo amparado; y daños causados a la carga transportada.

6.5.4. Siendo usado como vehículo de enseñanza.

6.5.5. Participando en competencias automovilísticas.

6.5.6. Transportando personas o cosas a través de un cobro y que no esté autorizado por el ministerio de transporte para prestar dicho servicio, y no exista autorización de **LA ASEGURADORA** para tal fin.

6.5.7. Siendo usado en operaciones y hostilidades de guerra, declarada o no.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

6.6. Cuando el vehículo:

6.6.1. Haya sido hurtado dentro o fuera del país antes de la suscripción de la póliza.

6.6.2. Sea ingresado ilegalmente, o se encuentre involucrado en algún tipo de operaciones ilícitas o violaciones legales.

6.6.3. Se encuentre involucrado en delitos contenidos en el Código Penal Colombiano, en el Capítulo contra el Patrimonio Económico, diferentes al hurto contratado como cobertura dentro de esta póliza.

6.6.4. Sea usado para realizar actos de autoridad.

6.6.5. Se encuentre decomisado o aprehendido para dejarlo al cuidado de un secuestre.

6.6.6. Por razones de índole aduanera o cualquier otra causa de índole legal, o se encuentre depositado por obligación prendaria con tenencia.

6.7. Actuar sin la autorización expresa de LA ASEGURADORA para:

6.7.1. Reconocer su propia responsabilidad en el siniestro.

6.7.2. Celebrar arreglos, conciliaciones o transacciones judiciales o extrajudiciales con la víctima del daño y sus causahabientes. Así mismo, aceptar pagos o acuerdos transaccionales de terceros para luego presentar la reclamación a la aseguradora por el mismo evento.

Esta exclusión no será aplicable cuando el **ASEGURADO** o conductor autorizado actúe en aplicación de convenios de indemnización directa entre Compañías Aseguradoras a los cuales se haya adherido **LA ASEGURADORA**.

Exclusiones particulares por cobertura

6.8. Para la cobertura de Pequeños Accesorios, en adición a las exclusiones mencionadas anteriormente, no se cubre:

6.8.1. Los accesorios que hayan sido pagados por un siniestro de pérdida parcial o total, cuando se trate de un mismo evento.

6.8.2. El valor de los gastos de pintura o mano de obra.

6.8.3. La pérdida o daño de alguno de los accesorios cuando la cobertura no haya sido contratada.

6.8.4. Daños causados a los accesorios por:

6.8.4.1. Mala manipulación de herramientas para la reparación del vehículo o del accesorio, o el uso de productos químicos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6.8.4.2. Deterioro o desgaste natural.

6.8.4.3. Llantas reencauchadas o con labrado modificado.

6.8.4.4. Los daños causados a otras partes del vehículo a consecuencia de un evento cubierto por la cobertura de Pequeños Accesorios.

6.9. Para la cobertura de Movilidad 360, en adición a las exclusiones mencionadas anteriormente, no se cubre:

6.9.1. Para las coberturas de Responsabilidad Civil Extracontractual - Daños a Terceros y Daños al vehículo:

6.9.1.1. Cuando el **ASEGURADO** esté utilizando la bicicleta o patineta para fines lucrativos, por ejemplo mensajería.

6.9.1.2. Cuando por ocasión de un accidente del vehículo amparado, la bicicleta o patineta sufra daños estando dentro del vehículo.

6.9.1.3. Hurto o su tentativa de hurto a la bicicleta o patineta.

6.9.1.4. A consecuencia de la reparación o mantenimiento de la bicicleta o patineta.

6.9.2. Para la cobertura de Accidentes Personales en Movilidad, no se cubre la muerte, lesión, o incapacidad total y permanente como consecuencia de los siguientes eventos:

6.9.2.1. Homicidio o su tentativa, o las lesiones intencionalmente causadas por un tercero.

6.9.2.2. Causado por arma de fuego, arma contundente o cortopunzante.

6.9.2.3. Causada a personas diferentes al **ASEGURADO**.

6.9.2.4. Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por el **ASEGURADO** a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.

FASECOLDA
Federación de Aseguradores colombianos.

GUÍA DE FASECOLDA
Guía de valores que contiene una referencia del valor comercial promedio de los vehículos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

6.9.2.5. **Accidentes ocurridos al ASEGURADO cuando se encuentre infringiendo la ley o se esté movilizando o conduciendo en medios diferentes a los mencionados en esta póliza.**

6.9.2.6. **Intoxicaciones, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, excepto las que se presenten por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.**

6.9.2.7. **Cualquier clase de participación en el servicio militar o de policía**

6.9.2.8. **Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o defecto distintos a los contraídos por lesión corporal accidental.**

6.9.2.9. **Los accidentes sufridos por el ASEGURADO durante intervenciones quirúrgicas, o como consecuencia de ellas o los causadas por tratamientos médicos o de diagnóstico salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la presente póliza.**

7. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado se define de la siguiente forma:

7.1. Para el vehículo amparado

Corresponde al valor comercial del día de inicio de vigencia, tomando como base la guía vigente de FASECOLDA y registrado en el certificado de la póliza.

En caso de siniestro, el valor asegurado del vehículo corresponderá al valor comercial registrado el día del siniestro en la guía FASECOLDA que se encuentre vigente, teniendo como límite máximo de indemnización el valor registrado en el certificado de la póliza.

A solicitud del Tomador o **ASEGURADO**, el valor asegurado podrá ser ajustado en cualquier momento al valor registrado en la guía FASECOLDA vigente, dando lugar al reajuste de la prima que corresponda.

7.2. Responsabilidad Civil Extracontractual

Corresponde a los valores asegurados contratados y establecidos en el certificado de la póliza, los cuales puede expresarse de la siguiente forma, a solicitud del Tomador o **ASEGURADO**:

- Suma Global Única en pesos Colombianos que incluye daños a bienes de terceros, muerte o lesiones a una persona, o muerte o lesiones a dos o más personas.
- El valor máximo a indemnizar se expresará en SMLMV discriminado de la siguiente forma:
    - Daños a bienes de terceros.
    - Muerte o lesiones a una persona.
    - Muerte o lesiones a dos o más personas.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA