ARL | sura

Medellín, 02 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79048915	ROJAS MUÑOZ JOSE LUIS	03/03/2026		18714138	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/03/2026 11:47:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.139, 198.143.41.44, 172.16.42.57

compensar | salud eps

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

13 MAR 2026

Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 13 - 03 - 2026

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

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

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

8. Apellidos y nombres					
ROJAS	MUÑOZ	JOSE	LUIS		
9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número de documento de identidad: 79.048.915	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☑	12. Sexo identificación: F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?		
13. Nacionalidad: COLOMBIANO	14. Lugar de nacimiento: COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 07 - 09 - 1966	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: Si ☐ No ☑	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBEN: Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: COLPENSION	24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750.905	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: CARRERA 119B # 70 - 04
7515560	3057515560	JOSEROJASCHECHE@HOTMAIL.COM	BOGOTA
BOGOTA	ENGATIVA	Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐	

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

27. Apellidos y nombres			
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
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	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

	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	CONSORCIO MANTENIMIENTO RUU		
56. Tipo de documento de identificación: NIT	57. Número del documento de identificación: 902.015.326-3	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación	AK 9 # 113 - 52 OF 1705		6559899
3018528795	rh.ruu2023@gmail.com	BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de 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			
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): 03 - 03 - 2026		67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Jose Luis Rojas M.	Dana Cadl
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 AC TI CC PA CE 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 declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

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

OBSERVACIONES: Aporte ab nl

19 MAR 2023

Sello asesor

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

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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✔	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✔	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✔	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI:☑Correo electrónico: JOSEROJASCHECHE@HOTMAIL.COM NO:☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud	✔	

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

Firma del afiliado: Jose Luis Rojas M.

No. Identificación: 79.048.915

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

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

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

_____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

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

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

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☑ No ☐

Firma del afiliado: Jose Luis Rojas M. **No. Identificación:** 79.048.915

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LUIS ROJAS MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79048915,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de marzo de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.895.544**
ESTUPIÑAN ROMERO

APELLIDOS
JHERSSON STIVEN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1985**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-JUL-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00332698-M-0080895544-20110910 0027995092A 1 1341496218

Transversal 44B #78-73 Sur

EPS famisanar
Sura
Compensar

310 2633389

EstupinanJHERSSON@gmail.com

Powered by Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
t. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000604190

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación: Preocupacional o ingreso (X) | Pos-ocupacional o egreso ( ) | Periódico ( )
Post incapacidad ( ) | Retorno laboral ( ) | Control ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/03/2026 07:34:52** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 80895544** Nombre **JHERSSON STIVEN ESTUPIÑAN ROMERO** Sexo **M** Edad **40 Años**

Teléfono **3102633389** Dirección **TV 44 BIS # 78 - 50 SUR**

Cargo **OFICIAL**

Empresa **901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.**

Actividad económica **ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA.**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PROTECCION**

ENFASIS

Alturas	☐	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	PL ☐	Otros ☐	
Optometría	☐	¿Cuáles?					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐						
Valortación psicologica	☐	Radiografías					
Coord. Motriz	☐						
Electrocardiograma	☐						
Rx	☐						
Psicosensométrico	☐						

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

CONCEPTO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
t. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 24/03/2026 07:34:52 Ciudad BOGOTA Departamento DISTRITO CAPITAL

Doc. Identidad CC 80895544 Nombre JHERSSON STIVEN ESTUPIÑAN ROMERO Sexo M Edad 40 Años

Teléfono 3102633389 Dirección TV 44 BIS # 78 - 50 SUR

Cargo OFICIAL

Empresa 901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.

Actividad económica ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA.

Eps E.P.S. FAMISANAR LTDA.

Arl SURA Fondo de pensión PROTECCION

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ / CONTROL POR NUTRICION EPS/USO DE LENTES PARA LABORAR CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

JHERSSON ESTUPIÑAN

FIRMA DEL PACIENTE



Anderson Yilmar Gómez Ávila
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 80796995 RM 991178/2011
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 16 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80895544	ESTUPIÑAN ROMERO JHERSSON STIVEN	17/01/2026		'207K9X2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 17:33:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 198.143.41.20, 172.16.42.57

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012589192
9012589192

No de Radicación SAT
30165553

Fecha de Radicación
20 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribucion solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Codigo
B X	A X	A X		A X	A X	

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

8. Apellidos y nombres			
ESTUPIÑAN	ROMERO	JHERSSON	STIVEN

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biologico	12. Sexo identificacion	13. Nacionalidad
CC	80895544	Masculino X		

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento		
				11	07	1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoria discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificacion SISBÉN	21. Grupo de poblacion especial
		NO X				

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	

26. Residencia

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad	29. Numero del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificacion	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino		

33. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

B1
B2
B3
B4
B5

36. Tipo de documento de identidad	37. Numero del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biologico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de poblacion especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificacion SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Clase Municipio	Tipo Diagonal	Cuadra Predio	Tipo Predio Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Codigo de la IPS

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones
JJ ESTUPÑAN SAS	NT	901169477	

59. Ubicación			
TRAV 44 BIS 78 53 SUR	32289510	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60 Tipo de Novedad

X

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61 Datos basicos de identificacion

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento

65 EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	17 01 2026		

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 impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institucion 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 Caja de Compensación Familiar y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptación de la actualización de grupo familiar y las tarifas en Caja de Compensación Familiar, según la encuesta de 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 hara cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Numero del documento de identidad

IX. FIRMAS

X. ANEXOS

82

Cantidad

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

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

93. Nombre de la institucion

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

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96 Fecha de radicacion

97 Fecha de validación

OBSERVACIONES:

CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESTUPIÑAN ROMERO JHERSSON STIVEN** identificado(a) con **CC** número **80.895.544** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de agosto de 2004 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 16 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

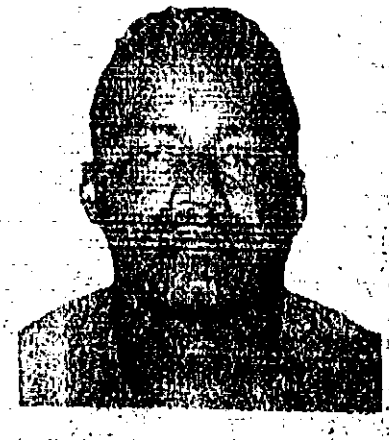


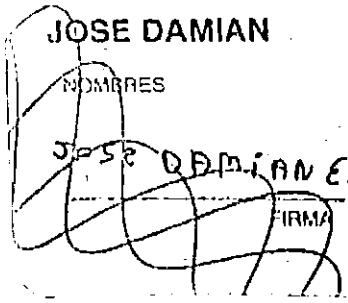
FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1990
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ABR-2008 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-03100-00604313-M-1045688048-20140728 0039276336A 2 3292875700

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.045.688.048
ESCOBAR BELEÑO
APELLIDOS
JOSE DAMIAN
NOMBRES





FIRMA

CARRERA 94B #132-35
JOSEDAMIANESCOBAROS@GMAIL.COM
3123814519

Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen REGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000599056

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación: Preocupacional o ingreso (⊗) Pos-ocupacional o egreso ( ) Periódico ( )
Post incapacidad ( ) Retorno laboral ( ) Control ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 23/02/2026 09:20:07 Ciudad BOGOTA Departamento DISTRITO CAPITAL

Doc. Identidad CC 1045688048 Nombre JOSE DAMIAN ESCOBAR BELEÑO Sexo M Edad 35 Años

Teléfono 3208880438 Dirección CRA 94 B # 132-35.

Cargo AYUDANTE DE OBRA

Empresa 901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.

Actividad económica ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA.

Eps COMPAÑÍA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS DE VIDA

Arl SURA Fondo de pensión PORVENIR

ENFASIS

Alturas	☐	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometria	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ PL ☐ Otros ☐	
Optometria	☐	¿Cuáles?	
Audiometria	☑		
Espirometria	☐		
Valortación psicologica	☐	Radiografias	
Coord. Motriz	☐		
Electrocardiograma	☐		
Rx	☐		
Psicosensométrico	☐		

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

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

Scanned with CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMI

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
RÉGIMEN
Nit. 900.145264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **23/02/2026 09:20:07** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1045688048** Nombre **JOSE DAMIAN ESCOBAR BELEÑO** Sexo **M** Edad **35 Años**

Teléfono **3208880438** Dirección **CRA 94 B # 132-35.**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

Empresa **901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.**

Actividad económica **ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TEC**

Eps **COMPAÑÍA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS DE VIDA**

Arl **SURA** Fondo de pensión **PORVENIR**

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PERMANENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO /
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE

José Luis Rodrigues Seguiere
Médico cirujano
Esp. Seguridad y salud en el Trabajo
CC 79370581 RM 204096/15
LIC. SO 14078- 30/11/2015

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Scanned with CamScanner

Bogotá, 23 Febrero de 2026

Señores
EPS Sura
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedad de Ingreso

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT 901.169.477-4 JJ ESTUPIÑAN SAS, para la persona que se detalla a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	C.C	1045688048	Jose Damian Escobar Beleño	1.750.905	24 Febrero 2026	Carrera 94 B # 132-35	Bogotá	3123814519	josedamianescobaros@gmail.com

Cordialmente

JHERSSON ESTUPIÑAN

JHERSSON STIVEN ESTUPIÑAN ROMERO
GERENTE

ARL | sura

Medellín, 23 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1045688048	ESCOBAR BELEÑO JOSE DAMIAN	24/02/2026		v2452419	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/02/2026 17:06:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 198.143.41.20, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE DAMIAN ESCOBAR BELEÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.688.048**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.267.825
ESTUPIÑAN ACEVEDO

APELLIDOS
LUIS ALFONSO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1962
GUACAMAYAS
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	M
ESTATURA	G S RH	SEXO

05-JUN-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00200013-M-0079267825-20091211 0018911730A 1 1380101545

TRANS 44 BIS #78-53 - SUR
EPS SALUD TOTAL
SURA
3212148274

Powered by Scanned with CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
t. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

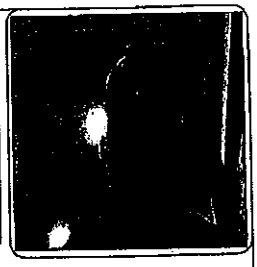
900148264

NÚMERO
0000604186

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso (X)	Pos-ocupacional o egreso ( )	Periódico ( )
	Post Incapacidad ( )	Retorno laboral ( )	Control ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha 24/03/2026 07:30:57 Ciudad BOGOTA Departamento DISTRITO CAPITAL

Doc. Identidad CC 79267825 Nombre LUIS ALFONSO ESTUPIÑAN ACEVEDO Sexo M Edad 63 Años

Teléfono 3212148274 Dirección TV 44 78 A 53 SUR

Cargo AYUDANTE DE OBRA

Empresa 901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.

Actividad económica ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA.

Eps SALUD TOTAL S.A. E.P.S.

Arl NO TIENE Fondo de pensión PROTECCION

ENFASIS

Alturas	☐	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☐

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑
Visiometria	☑
Optometría	☐
Audiometria	☑
Espirometria	☐
Valortación psicologica	☐
Coord. Motriz	☐
Electrocardiograma	☐
Rx	☐
Psicosensométrico	☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☑

Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ PL ☐ Otros ☐

¿Cuáles?

Radiografias

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

CONCEPTO

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

RESTRICCIONES

NINGUNA

Clinisur
Salud Ocupacional
IPS 1 Ltda.

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

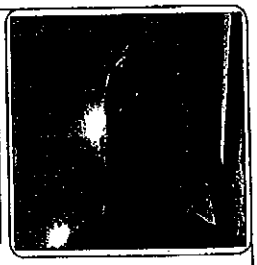
900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso (X)	Pos-ocupacional o egreso ( )	Periódico ( )
	Post incapacidad ( )	Retorno laboral ( )	Control ( )

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/03/2026 07:30:57** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 79267825** Nombre **LUIS ALFONSO ESTUPIÑAN ACEVEDO** Sexo **M** Edad **63 Años**

Teléfono **3212148274** Dirección **TV 44 78 A 53 SUR**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA**

Empresa **901169477 - JJ ESTUPIÑAN SAS.**

Actividad económica **ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA.**

Eps **SALUD TOTAL S.A. E.P.S.**

Arl **NO TIENE** Fondo de pensión **PROTECCION**

RECOMENDACIONES

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

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Yilmar Gómez Ávila
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 80795995 RM 991178/2011
LIC. SO 4451-18/04/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 16 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79267825	ESTUPIÑAN ACEVEDO LUIS ALFONSO	17/01/2026		14529V15	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 17:36:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 170.78.43.38, 198.143.41.20, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016148377	2|0|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ESTUPIÑAN (Primer apellido)	ACEVEDO (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	ALFONSO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación
CC	79267825	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	País:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		0|1|1|0|1|9|6|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia			
TV 44 BIS 78 43 Dirección	Telefono fijo	3212148274 Telefono celular	ESTUPINAN-LUIS.A@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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

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

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JJ ESTUPIÑAN SAS	NIT	901169477	01

59.Ubicación				
TV 44BIS 78 53 SUR Dirección	6799099 Teléfono fijo o celular	AUXILIARRH1@WCINSTALACIONES.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

No de Radicacion
4016148377

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 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 cobzante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|7|0|1|2|0|2|6		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

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

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

ANEXO 2. INDUCCIONES Y NOTIFICACIONES

Bogotá D.C., 31 de marzo de 2026

IYCR-737-2025-012

Señores
CONSORCIO MANTENIMIENTO RUU
Juan Felipe Delgado Valbuena
Representante Legal

REFERENCIA: CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 737 DE 2025

"REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, LEGAL, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, AMBIENTAL Y SOCIAL AL CONTRATO QUE RESULTE DEL PROCESO DE SELECCIÓN No. FDLRUU-LP-005-2025, CUYO OBJETO ES "EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C."

ASUNTO: Aprobación y radicación del informe Ambiental # 1.

Cordial saludo,

La INTERVENTORIA Y CONSTRUCIVILESN S.A.S, luego de la revisión y él envió de las pertinentes correcciones del informe mensual # 1 del mes del 23 febrero y 31 de marzo 2026, que fue entregado por el contratista CONSORCIO MANTENIMIENTO RUU a esta interventoría; se procede a dar la aprobación a dicho Informe y sus respectivos anexos:

ANEXO 1. DOCUMENTACION LEGAL INGESOS
ANEXO 2. INDUCCIONES Y NOTIFICACIONES DE RIESGOS
ANEXO 3. ENTREGA DE EPP Y DOTACION
ANEXO 4. CONDICIONES DE SALUD
ANEXO 5. REGISTRO FOTOGRAFICO
ANEXO 6. LISTADO DE PERSONAL
ANEXO 7. CRONOGRAMAS
ANEXO 8. MAO
ANEXO 9. COMPONENTE D SST
ANEXO 10. PG-RCD

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO ARAMBULA CURREA
Representante Legal Interventoría y Construciviles S.A.S.
Nit: 900107376-1

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	AFP	FIRMA
Juan F. Delgado	79947081	Director Obra	Sura	Sura	Colpensiones	Juan Delgado

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23/12/2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
	X	Director de Obra		Conductor Volquete
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Aux Social		Oficial de Obra
		Residente/Aux SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores material particulado, Humos, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando pagos, contratación, organización del trabajo trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo caída de objetos) accidentes de transito robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion 349 según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condicones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, la anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar o desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaria expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Juan F. Delgado IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No 79947081 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Director de Obra PRESENTADA EL DIA 23/12/2026 EN LA CIUDAD DE Bogotá

Camilo Boran
Coordinador SG -SST

Juan Delgado
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia: Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Topaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

Adolfo Hincapie.	94130A.682	Residente de obra	Susa	Sanitas	Colpensiones	Adolfo H

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 feb - 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
	X	Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
		Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiar de limpieza /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos gases y vapores, material particulado, humus metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando pagos, contratación, organización del trabajo habajo en equipo carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargos.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto derrumbes, lluvias granizados

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o acidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y oseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuac'on, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad Industrial.
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Adolfo Huncane IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 94.391.632 DE Tulua PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Residente de Obra PRESENTADA EL DIA 23 feb 26 EN LA CIUDAD DE Bogota

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Adolfo H
Firma del Co'aborador

Original Dependencia responsable del contrato
1ra copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carné de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgados en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni hago bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición inseguro y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- Trabajos en caliente.
- Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Carlos M. Castillo	1.130623882	R. Obra	Sura	Sanitas	Proteccion	Carlos Castillo

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 2 26

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Administrativos
		Personal de aseo
		Director de Obra
	X	Residente de Obra/Aux
		Residente Social/Auxi Social
		Residente/Auxi SST
		Topografo/Cadenero

	Inspector de Obra
	Operador de Maquinaria
	Conductor Volqueta
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
	Ayudante de Obra
	Auxiliar de trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación vibración, temperaturas extremas.
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos.
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. 2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. 3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo 4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro 5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos 6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo 7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. 8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. 9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de ingreso: Antes de ingresar a desanollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaria expuesto, acorde con los requerimientos de la hoja y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

Yo Carlos M Castillo IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDANIA No 1.130.623882 DE Tulua PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Res Obra PRESENTADA EL DIA 23 feb 26 EN LA CIUDAD DE Bogotá.

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Carlos M Castillo
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de uti izar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	NOMBRES	APELLIDOS	FIRMA
Juan R Troncoso	80026585	Ayudante		Juan	Troncoso	Juan Troncoso

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSSF - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA: 23/12/2026

CONTRATO No.: 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar
- Elementos de protección personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
	X	Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Vehículo
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
		Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Tráfico /Auxiliar de aseo y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos.
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo), electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion 3M según el cargo
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguros, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Juan Moncaleo IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 80026553 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE especialista PRESENTADA EL DIA 23/12/2026 EN LA CIUDAD DE Bogotá.

Camilo Ospina
Coordinador SG -SST

Juan Troncoso
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable de contrato
1era copia: Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO MANTENIMIENTO RUU
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectivo hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	AREA	EMPRESA	ARL	FIRMA
Leonardo Nuñez	5471.618	Especialista en Redes Hidrosanitarias	Postventa	Nueva E.P.S.	Colmena	

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NORRICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 feb 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)

X	Administrativos		Inspector de Obra
	Personal de aseo		Operador de Maquinaria
	Director de Obra		Conductor Volqueta
	Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
	Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
	Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
	Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP

COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

X	**RIESGO BIOLOGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos.
X	**RIESGO FISICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
X	**RIESGO QUIMICO**	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metal cos yno metalicos.
X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo carga mental, jornadas de trabajo
X	**RIESGO BIOMECANICO**	Posturas prolongadas, estuerxos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo) electricos, locativos (Almacenamiento, superficies condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, tobos atracos asaltos
X	**FENOMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS

1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiones de peligro
5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
8. En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Leonardo Nieves IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 5171618 DE Oicata PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Especialista en redes PRESENTADA EL DIA 23 Feb 26 EN LA CIUDAD DE Bogota.

Coordinador SG -SST

Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMAIO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- Trabajos en caliente.
- Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no harecibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Carlos A Muñoz	1049622088	Residente en T y T	Positiva	Sanitas	Colpensiones	Carlos AM

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23/02/2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivos
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
	X	Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
		Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores material particulado, humus, metaficos y no metalicos
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo), electricos locativos (Almacenamiento superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias granizados

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizadonde frentes de obra y/o condiciones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Carlos A Muñoz IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1049622088 DE Tunja PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Esp. en T y T PRESENTADA EL DIA 23 feb 26 EN LA CIUDAD DE Bogota.

Carlo Duran
Coordinador SG -SST

Carlos A Muñoz
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de los

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	AFP	FIRMA
Luisa Isaza	1014231333	Residente Ambiental	Sura	Sanitas	Porvenir	Luisa Isaza

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 feb 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar
- Elementos de protección personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
	X	Residente/Auxi SST - SHB		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humos, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargos.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, ataques, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercanía de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Luisa Feda Isaza IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1014231333 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Res. Ambiental PRESENTADA EL DIA 23 feb 2026 EN LA CIUDAD DE Bogotá.

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Luisa Feda Isaza
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1ero copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: I		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- Trabajos en caliente.
- Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	FIRMA
Camilo Duran	80903575	Residente SST	Sura	Compensar	Camilo Duran

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN 1.0		

FECHA 23 feb 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
	X	Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongados, esfuerzos, movimeintos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo), electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion PPP según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta
	8. En caso de realizar actividades aborales en cercania de equipos maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaria expuesto, acorde con las requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Camilo Duran IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 80903575 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Res Social PRESENTADA EL DIA 23 Feb EN LA CIUDAD DE Bogotá.

Camilo Duran
Coordinador SG-SST

Camilo Duran
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1 era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgados en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y solido de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	EPS	ARL	FONDO	FIRMA
Liliana Galindo Z	53.161.490	Residente Social	Sura	Compañar	Colfondos	

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 feb 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar
- Elementos de protección personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Administrativos
		Personal de aseo
		Director de Obra
		Residente de Obra/Aux
	X	Residente Social/Auxi Social
		Residente/Auxi SST
		Topografo/Cadenero

	Inspector de Obra
	Operador de Maquinaria
	Conductor Volqueta
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
	Ayudante de Obra
	Auxiliar de trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos inorganicos, gases y vapores, material particulado humus, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS
1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o acódentes de trabajo
4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro
5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de kabaja
7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia señales de alerta
8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Examen de Ingreso: Antes de ingresar o desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Liliana Collindo Z IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No 53.161.450 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Res. Social PRESENTADA EL DIA 23 feb EN LA CIUDAD DE Bogotá

Camilo Duran

Coordinador SG -SST

Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empreso, de igual forma estas seran siempres comunicados y divulgadas en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

Trabajo en alturas.
Trabajos en caliente.
· Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Ana Milena Otalo	1020727271	Especialista en Estructuras	Sura	Salud T.	Colpensiones	Ana Milena O

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1 0		

FECHA 23 Feb

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D C

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivos
- **Examenes Medicos Ocupacionales**

CARGO A DESEMPEÑAR (Maque con una X)				
	X	Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Auxi Social		Oficial de Obra
		Residente/Auxi SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /Auxiliar de orden y aseó

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metaficos yno metalicos
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquina, herramientas o piezas de trabajo) electricos locativos (Almacenamiento, superficies condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo.
	2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo
	3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
	4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condiciones de peligro
	5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
	6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
	7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta.
	8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad Industrial
	9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud físico, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaríaexpuesta, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
	Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Ana Milena Oate IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1020727272 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Especialista PRESENTADA EL DIA 23 Feb 2026 EN LA CIUDAD DE Bogota

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Ana Milena O
Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
Tercia copia Interventor
2da copia Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.
- Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicados y divulgadas en corteleras en todos los frentes de obra.
- Todo personal que ingrese o la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:
  - Casco de seguridad.
  - Guantes vaqueta
  - Tapaoidos
  - Tapabocas y gafas
- Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
- Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
- Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
- No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
- No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
- No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
- Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
- Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.
  - Trabajo en alturas.
  - Trabajos en caliente.
  - Trabajos en espacios confinados
- Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
- Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
- Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
- En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
- No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
- Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
- Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
- Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
- Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA	EPS	ARL	HUELLA
Monica Galindo	1019927211	Ing. Costos y presupuestos	Sura	Sanitas	Provenir	Monica Galindo

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN 1.0		

FECHA 23 feb 2026

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realizo notificacion a los siguientes aspectos:
-Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
	X	Administrativos		Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Aux Social		Oficial de Obra
		Residente/Aux SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de Topo /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humos, metalicos y no metalicos
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas,
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito, robos, atracos, asaltos
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

ACCIONES PREVENTIVAS
1. Portar odecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion EPP según el cargo.
2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo.
3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo
4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacion de frentes de obra y/o condiciones de peligro
5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos
6 Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo
7. Conocer rutas de evacuación, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia señales de alerta.
8. En caso de realizar actividades laborales en cercanio de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial.
9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaríaexpuesta, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.
Examen de egreso: Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador. ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Monica Galindo IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No 9019492771 DE Tulua PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Prof. Costos y Pto PRESENTADA EL DIA 23 Feb 2026 EN LA CIUDAD DE Bogotá.

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Monica Galindo
Firma del Colaborador

Original: Dependencia responsable del contrato
1ero copia : Interventor
2da copia: Contratista

CÓDIGO: FO - SST - 009	ANEXO FORMATO FORMATO No. 02 - REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	CONSORCIO
VERSIÓN: 1		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Divulgación de las politicas del SG SST de la empresa, de igual forma estas seran siempres comunicadas y divulgados en carteleras en todos los frentes de obra.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Guantes vaqueta
- Tapaoidos
- Tapabocas y gafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- Trabajos en caliente.
- Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
SERGIO CHAPARRO QUESADA	1033677960	INGENIERO CIVIL	SURA	COMPENSAR	PORVENIR	

Observaciones:

CÓDIGO: FO - PGSST - 010	FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	CONSORCIO
VERSIÓN: 1.0		

FECHA 23 febrero 2026.

CONTRATO No. 717-2025

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE DERIVADO DEL CONTRATO DE CONSULTORÍA 281 DE 2019 A PRECIOS UNITARIOS FIJOS, SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificacion a los siguientes aspectos:
- Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrolar
- Elementos de proteccion personal EPP
- Medidas preventivas
- Examenes Medicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Administrativos	X	Inspector de Obra
		Personal de aseo		Operador de Maquinaria
		Director de Obra		Conductor Volqueta
		Residente de Obra/Aux		Maestro de Obra
		Residente Social/Aux Social		Oficial de Obra
		Residente/Aux SST		Ayudante de Obra
		Topografo/Cadenero		Auxiliar de trafico /Auxiliar de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	RIESGO BIOLOGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otro elementos.
	X	RIESGO FISICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas
	X	RIESGO QUIMICO	Polvos organicos, inorganicos, gases y vaporas, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.
	X	RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	RIESGO BIOMECANICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de cargas.
	X	CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), electricos locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caida de objetos) accidentes de transito robos, atracos, asaltos.
	X	FENOMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas

ACCIONES PREVENTIVAS	
	1. Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. 2. Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. 3. Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo 4. Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizaciondefrentes de obra y/o condiones de peligro 5. Revisar el optimo estado de equipos antes de utilizarlos 6. Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo 7. Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. 8. En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad Industrial. 9. Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
	Examen de Ingreso: Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud físico, mental y social del trabajador, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

YO Jerzio Chaparro Q. IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDANIA No 1083677796 DE Bogotá PARTICIPE Y FUI INFORMADO DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ing. civil PRESENTADA EL DIA 23-02-2026 EN LA CIUDAD DE Bogotá

Camilo Duran
Coordinador SG -SST

Firma del Colaborador

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia Interventor
2da copia Contratista