CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACIÓN POR LA OBRA DE MANTENIMIENTO DE CUBIERTA

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	SUGEY SILVANA DÍAZ MILLAN
CC	52093675
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	EDELFONSO GONZALEZ GONZALEZ
IDENTIFICACION	CC 11.444.956
DIRECCION DEL TRABAJADOR	CR 68 C # 0 -21 La Igualdad – Bogotá,D.C
FECHA DE NACIMIENTO	22 de Febrero de 1978
CARGO	INSTALADOR
SALARIO:	$ 1.750.500
PERIODO DE PAGO	MENSUAL
FECHA INICIO	Enero 6 de 2026
EPS	FAMISANAR
AFP	COLFONDOS
ARL	ARLSURA

Entre los suscritos a saber: EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DÍAZ MILLÁN, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.093.675 de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará EL EMPLEADOR. TRABAJADOR: EDELFONSO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.444.956, domiciliado en Bogotá D.C., quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR. Las partes acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA, el cual se regirá por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO El EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR para ejecutar labores de REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y/O INSTALACIÓN DE CUBIERTAS, incluyendo trabajos en alturas, actividades propias del mantenimiento locativo y labores conexas necesarias para la correcta ejecución de la obra contratada.

SEGUNDA. DURACIÓN El presente contrato es POR OBRA O LABOR DETERMINADA y tendrá vigencia desde el día 6 de Enero de 2026 y hasta la terminación total del mantenimiento de cubiertas requerido, cuya duración estimada es de aproximadamente UN (1) MES. El contrato finalizará automáticamente una vez concluida la obra o labor contratada, sin necesidad de preaviso ni indemnización.

TERCERA. LUGAR DE EJECUCIÓN El TRABAJADOR ejecutará sus labores en la ciudad de Bogotá D.C., o en los lugares donde se desarrolle la obra de mantenimiento de cubiertas, según las instrucciones del EMPLEADOR.

CUARTA. CARGO El TRABAJADOR desempeñará el cargo de INSTALADOR Y/O MANTENIMIENTO DE CUBIERTAS (TRABAJO EN ALTURAS).

QUINTA. JORNADA DE TRABAJO La jornada ordinaria será de ocho (8) horas diarias, de lunes a viernes, dentro del horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 5:00 p.m., incluyendo una (1) hora de descanso. El trabajo suplementario, horas extras, dominicales o festivos solo se realizará cuando sea previamente autorizado por el EMPLEADOR y será remunerado conforme a la ley.

SEXTA. SALARIO Como remuneración por sus servicios, el EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR un salario mensual de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($1.750.500) equivalente al salario mínimo legal mensual vigente para el año 2026, más el auxilio legal de transporte si a ello hubiere lugar, y las prestaciones sociales de ley. El salario será pagado de forma mensual o proporcional al tiempo efectivamente laborado.

SÉPTIMA. FORMA Y PERIODO DE PAGO El salario se pagará de manera mensual, mediante transferencia bancaria o en el lugar de la obra, conforme a los tiempos establecidos por el EMPLEADOR.

OCTAVA. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR Además de las obligaciones legales consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, son obligaciones especiales del TRABAJADOR:
Ejecutar personalmente la labor contratada con diligencia y responsabilidad.
Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo, especialmente las relacionadas con trabajo en alturas.
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal suministrados.
Acatar las instrucciones impartidas por el EMPLEADOR o sus representantes.

NOVENA. SEGURIDAD SOCIAL El EMPLEADOR afiliará al TRABAJADOR al Sistema de Seguridad Social Integral, así: EPS: SALUD TOTAL AFP: PROTECCIÓN ARL: ARL SURA

DÉCIMA. TERMINACIÓN Son causales de terminación del presente contrato las previstas en los artículos 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, así como la finalización de la obra o labor contratada.

DÉCIMA PRIMERA. INTEGRIDAD DEL CONTRATO El presente contrato reemplaza cualquier acuerdo verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes sobre el mismo objeto.

DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES Cualquier modificación al presente contrato deberá constar por escrito y ser firmada por ambas partes.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los cinco (5) días del mes de Enero de dos mil veintiséis (2026).

EL EMPLEADOR

S. Silvana Díaz Millán
C.C. No 52.093.675 de Bogotá

EL TRABAJADOR

Edelfonso González González
C.C. No 11.444.956

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.072.191.346**

ESPEJO TORRES

APELLIDOS

MICHAEL ALFONSO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-1990**

SIBATE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-JUL-2008 SIBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1523900-01056400-M-1072191346-20190121 **0064**29744G 1 9907045237

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AMACIA	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SIG-F-018
		V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Michael Espejo | CARGO Todero | C.C. 1072191346

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Camet			
1	12	8	25	1			1			1				1				1				1			Michael C.
2	01	10	25									1		1											Michael C.
3	10	12	25		1			1				1			1										Michael C
4	1																								
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Michael Alfonso Espejo

IDENTIFICADO CON C.C : 1 072 191 346

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Todero

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☑ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☑ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☑ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☑ Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Michael Alfonso Espejo	THALIA SANABRIA
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Michael Alfonso Espejo	THALIA SANABRIA

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÒN:	21-01-26		
Nombre del responsable:	THALIA SANABRIA	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Michaes Espejo Torres	Cédula:	1072191346
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	MAFI
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Todero

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN ☒ RE-INDUCCIÓN ☐

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Procedimientos en casos de emergencia	X
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	X	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	X
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	X	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	X
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	X	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	X
Acto Inseguro y Condición insegura	X	Elementos de protección personal EPP para el cargo	X
Procedimientos administrativos	X	Uso y mantenimiento de los EPP	X
Señalización y demarcación de áreas	X	Procedimientos ambientales	X
Normatividad específica del SST	X		X
Responsabilidades frente al SG-SST	X		X

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Michael Alfonso Espejo	NOMBRE: Michael Alfonso CARGO: Todero
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: _____ NOMBRE: THALIA SANABRIA	OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Michael Alfonso Espejo	CARGO	Todero
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	MFFI

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para cuidar la seguridad de los trabajadores
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	colombinas, pinta, salidas de emergencia
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	cumplir con mis EPPs asistir a capacitaciones
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortes, caídas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	bajar las escaleras corriendo
Escriba un ejemplo de condición insegura	escaleras dañadas para el uso

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.		X
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

Michael A Espejo	TATALIA SANABRIA	21-01-26
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA	APROBÓ		
5/5	SI	X	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X
	NO		

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1120113	
RAZON SOCIAL	MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 900898254	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
103105653	2025-8-14	CC 1072191346
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ESPEJO TORRES	MICHAEL ALFONSO	1990-6-22
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CRA 19 A N 1 175	BOGOTA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
SOACHA - Cundinamarca	michaelalfonsoespejotorres@gmail.com	7617188
Celular	**Sexo**	
3229422026	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
TODERO	$1,600,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Fondo Pensiones Cesantías SA COLFONDOS	CAMPO	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-8-14	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1072191346
NOMBRES	MICHAEL ALFONSO
APELLIDOS	ESPEJO TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	21/07/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/12/2026 09:49:51	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MICHAEL ALFONSO ESPEJO TORRES, identificado(a) con C.C 1.072.191.346, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 06 de febrero de 2026.

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

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

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Bogotá D.C.,11/08/2025

SOLICITUD DE AFILIACION GRUPO FAMILIAR
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de Caja de Compensación Familiar. Informamos que el día **2025-08-11,** se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

No. de Identificación: 1072191346

Nombre:

Nombres	Identificación	Fecha Vencimiento	Género	Fecha Nacimiento	Parentesco	Estado Civil	Fecha de Afiliación a CCF
KENNETH ESTEBAN ESPEJO	1072197923		M	2017-01-26	HI	SO	2025-08-11

Este documento debe reposar firmada en la hoja de vida del trabajador.

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

icontec ISO 9001 Código del certificado
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

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

Vigilado Supersubsidio

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-08-11 08:55
No. Ingreso:	596224	**Fecha y hora de salida:**	2025-08-11 10:26
Nombre:	MICHAEL ALFONSO ESPEJO TORRES	**Empresa Convenio:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Cargo:	TODERO	**Empresa Contratante:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
CC:	1072191346	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Espirometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Realizado
Pruebas Psicotecnicas Cargos Para Trabajo En Alturas	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado
Laboratorios	**Resultado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Leptospira Anticuerpos Ig G Semiautomatizado O Automatizado	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional Los Andes

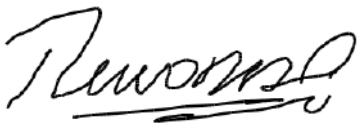
Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

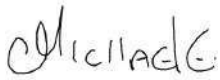
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: RODRIGO HERNAN MORA CARREÑO
Identificación: CC 19133340
Reg. Médico: 19133340
Licencia Ocupacional: 11576 de 2021



Paciente: MICHAEL ALFONSO ESPEJO TORRES
CC: 1072191346

MAFFI	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, agosto 11 de 2025.

Señor
MICHAEL ALFONSO ESPEJO TORRES
Ciudad

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de ingreso realizado el día 6 de febrero de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se encuentran en el resultado del examen médico copia del cual se adjunta.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto anexo de tal forma que pueda iniciar o continuar el tratamiento médico que requiera y así poder garantizar sus adecuadas condiciones de salud.

Agradecemos, nos notifique de manera oportuna, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

EDWAR PEÑA
Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA MICHAEL ALFONSO ESPEJO TORRES_____
Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento a las recomendaciones y/o restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:09:09 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1072191346,** Apellidos y Nombres **ESPEJO TORRES MICHAEL ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.100.399.317**

JARABA DIAZ

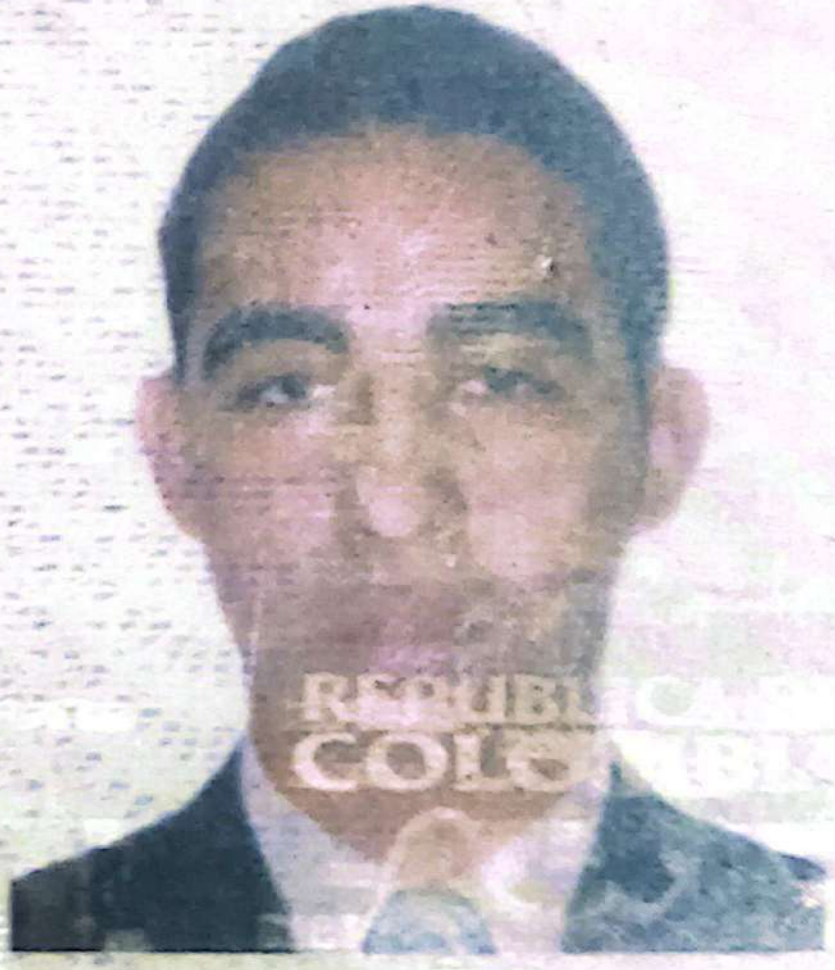
APELLIDOS

JHONATAN DE JESUS

NOMBRES

Jhonatan Jaraba

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1993

SAN BENITO ABAD
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A-	M
ESTATURA	G S RH	SEXO

02-FEB-2012 SINCE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2826000-00369270-M-1100399317-20120405 0029624646A 1 38263430

Powered by CamScanner

AMÉRICA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jonathan Jaraba

CARGO Conductor Tracto

C.C. 1143944917

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Carnet.			
1	8	8	25	1			1		1							1		1				1			Jonathan Jaraba 1143944917 A
2	01	10	25												1										
3	03	12	25		1																				
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	[illegible]	CARGO	[illegible]
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para cuidar la seguridad de los trabajadores
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	colombinas, pinta, salidas de emergencia
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	cumplir con mis EPPs asistir a capacitaciones
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortes, caídas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	bajar las escaleras corriendo
Escriba un ejemplo de condición insegura	escaleras dañadas para el uso

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.		X
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
		9/1/26

NOTA 5/5	APROBO SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	9/1/26.		
Nombre del responsable:	Carol W. Tovar H.	Cargo:	R. SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Sharaton Jarabo. Dia.	Cédula:	1.100.399.315
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	CNE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Todero - Conductor

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Procedimientos en casos de emergencia	X
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	X	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	X
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	X	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	X
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	X	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	X
Acto Inseguro y Condición insegura	X	Elementos de protección personal EPP para el cargo	X
Procedimientos administrativos	X	Uso y mantenimiento de los EPP	X
Señalización y demarcación de áreas	X	Procedimientos ambientales	X
Normatividad especifica del SST	X		X
Responsabilidades frente al SG-SST	X		X

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA:	NOMBRE: Sharaton Jarabo. Dia CARGO: Todero - Conductor
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: NOMBRE: Carol W. Tovar H.	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Thuratm de Jesus Jurado O.

IDENTIFICADO CON C.C : 1.100.399.315

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Todero - Conductor

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☑ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☑ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☑ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☑ Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 9/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Thuratm de Jesus Jurado.	G. M. Jur L
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Thuratm J.	Gud.

Scanned with CamScanner

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa mencionada a continuación se encuentra afiliada a esta administradora, con los siguientes trabajadores activos:

RAZON SOCIAL: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS

CC /NIT: NI 900898254

CONTRATO: 1120113

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: 5411101

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabr (Decreto 768 de 2022)

INICIO VIGENCIA CONTRATO: 11/07/2018

ESTADO ACTUAL CONTRATO: Vigente

Sede			CAMPO						
Centro de Trabajo			CAMPO						
Tipo	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ini Vigencia Trab	Cargo	Clase	Tasa	Salario
CC	92447184	ESCUDERO	FLOREZ	LUIS ENRRIQUE	27/02/2025	todero	5	6,96	$1.800.000
CC	1100399317	JARABA	DIAZ	JHONATAN DE JESUS	10/08/2025	CONDUCTOR	5	6,96	$1.700.000
CC	1072746180	NESTOR	HERNAN	GARZON DIAZ	17/06/2025	Todero	5	6,96	$1.800.000
CC	1071304073	ORTIZ	TACHA	JOSE ARNULFO	17/07/2025	CONDUCTOR SOLDADOR	5	6,96	$2.600.000
CC	7819556	PULIDO	OSUNA	WALTER	22/09/2025	PINTOR	5	6,96	$2.600.000
CC	80058495	ROBAYO	ROMERO	URIEL GIOVANNI	25/02/2025	urirobayogmailcom	5	6,96	$3.100.000

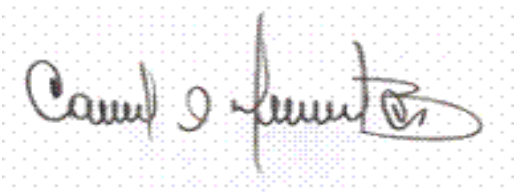
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/03/2026 11:57:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 401-0447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/03/2026 11:57:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1100399317
NOMBRES	JHONATAN DE JESUS
APELLIDOS	JARABA DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/09/2026 11:58:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

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:

JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.399.317**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-08-05 08:28
No. Ingreso:	593649	**Fecha y hora de salida:**	2025-08-05 11:31
Nombre:	JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ	**Empresa Convenio:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Cargo:	CONDUCTOR TODERO	**Empresa Contratante:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
CC:	1100399317	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Realizado
Espirometría	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Realizado
Pruebas Psicotecnicas Cargos Para Trabajo En Alturas	Realizado
Prueba Psicosensometrica De Coordinacion Motriz	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado
Laboratorios	**Resultado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Seguridad Vial Cumple para seguridad vial
Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USO DE ANTEOJOS PERMANENTES Y CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Control periódico ocupacional.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional Los Andes

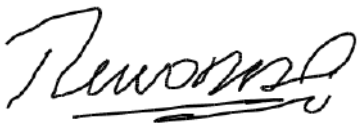
Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: RODRIGO HERNAN MORA CARREÑO
Identificación: CC 19133340
Reg. Médico: 19133340
Licencia Ocupacional: 11576 de 2021



Paciente: JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ
CC: 1100399317

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1100399317
Nombre	: *JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ*
Empresa/Contratante	: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900898254
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/08/10
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/08/10
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	06-08-2035	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	06-08-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03008840147

Servicios Integrales 95909.1.0-1.01/25

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1100399317



NOMBRE

JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ

FECHA DE NACIMIENTO

20-07-1993

SANGRE-RH

A-

FECHA DE EXPEDICIÓN

06-08-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:18:48 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1100399317,** Apellidos y Nombres **JARABA DIAZ JHONATAN DE JESUS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA** , con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

MAFFI	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, agosto 8 de 2025.

Señor
JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ
Ciudad

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de ingreso realizado el día 6 de febrero de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se encuentran en el resultado del examen médico copia del cual se adjunta.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto anexo de tal forma que pueda iniciar o continuar el tratamiento médico que requiera y así poder garantizar sus adecuadas condiciones de salud.

Agradecemos, nos notifique de manera oportuna, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

EDWAR PEÑA

Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA JHONATAN DE JESUS JARABA DIAZ _____

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento a las recomendaciones y/o restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.260.302
LANCHEROS IBAÑEZ
APELLIDOS
HERNANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1955
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00162791-M-0019260302-20090714
0013445861A 1
1440101791

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Hernando Lancho | CARGO Esp. Presupuestos | C.C. 19260302

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	06	01	2026	X	X		X														X		X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO Hernando Sanchez	CARGO Gerente Proyecto.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Consorcio Nueva Esperanza	NOMBRE DEL CONTRATISTA C N E.

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir y mitigar. Riesgos y Enfermedades Laborales.	0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	señales de transito, Reguladoras, Informativa.	0.42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Participación En las Capacitaciones.	0.42
	Cumplir con las Brigadas.	
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Caida al Mismo y Distinto nivel.	0.42
	Fractura, Huesos Juegos y Cortos.	
Escriba un ejemplo de acto inseguro	operar una maquina, no contar con	0.42
	capacitación Para Realizar Su uso.	0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	Falta de orden y Aseo en los	
	Areas de Trabajo.	

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		X	0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0.42

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	03/12/2025 FECHA DE LA INDUCCIÓN 3/12/25
NOTA 5.0	APROBÓ SI / NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Hernando Barreros

IDENTIFICADO CON C.C : 19 760 302

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Programador.

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 1/12/2025 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Hernando Barreros	GWTA
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 03 | 12 | 2025 LUGAR: Oficina. Consorcio nueva Esperanza. HORA: DE 11:00 am A 1:00 pm

TEMA GENERAL: Inducción SST

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Gerd. Wilson Tovar Hernandez.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente. SST.

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	x Paulo Cesar Grimaldo	1018462873	Ingeniero residente	Consorcio Nueva esperanza	
2	Ariel Montealegre	79614406	Resp. obra	C.N.E.	
3	Thalia Sandoval.	1007698093	Inspectora SST	C.N.E.	
4	Jeny Andres Diaz T.	1097031371	Inspector obra	C.N.E	
5	Didier Alvarino	85436375	Insp. SST	C.N.E	
6	Carlos Chaux Jimmy	80213244	Residente obra	C.N.E	
7	Hernando Lancheros	19260302	Programador	C.N.E	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302210930

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	26/11/2025 23:42:51

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	902002156	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	CRA 46 118-55	1209521

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil, incluye la colocación en edificios y otros proyectos de construcción de baldosas y losas de cerámica, hormigón o piedra talla (Decreto 768 de 2022)	5433001	5

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 46 118-55	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	19260302	LANCHEROS	IBANEZ

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
HERNANDO	26/11/1955	CR 46 118 55

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	0000000	3204937070	hlancherosi@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
BOGOTA	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Proteccion	14

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	27/11/2025	78000000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	1/11/2025	30/11/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/11/2025 23:42:51. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

2500000	6500000	2500000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	NO DEFINIDA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Construcción de otras obras de ingenierí (Decreto 768 de 2022)	4429001	4

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/11/2025 23:42:51. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302210930

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X																		
Martes	X	X	X	X	X	X																		
Miércoles	X	X	X	X	X	X																		
Jueves	X	X	X	X	X	X																		
Viernes	X	X	X	X	X	X																		
Sábado	X	X	X	X	X	X																		
Domingo	X	X	X	X	X	X																		

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 26/11/2025 23:42:51. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Hernando Lancheros Ibañez, identificado(a) con CC número 19260302, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19260302
NOMBRES Y APELLIDOS	Hernando Lancheros Ibañez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/11/1955
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	05/09/2002
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	600 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	03/03/2009
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900379921 FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION RETIRO PROGRAMADO Desde 01/02/2020 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 19260302 HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ Desde 01/03/2018 - Vigente

Generado por interfaces

21/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ** identificado(a) con **CC** número **19.260.302**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **10 de agosto de 2018**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de noviembre de 2025

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **482 33 64** - Medellín **510 90 99** - Cali **386 00 80**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**
o escríbenos a través de WhatsApp: **+57 310 220 55 75**

2025112107375

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Sede 103
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-20 11:19 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-20 12:02 p. m.
No. Ingreso:	645634	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ	**Identificación:**	CC 19260302
Cargo:	PROGRAMADOR	**Ocupación:**	Empleado
Fecha de Nacimiento:	26 nov. 1955	**Edad:**	69 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**	**Estado**
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Piel - uso de protección adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes, reportar la aparición de reacciones adversas en piel
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS
- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica visual
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo cardiovascular

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

* Mantener actividad física regular (mínimo 150 minutos semanales).
* Realizar pausas activas cada 1–2 horas para prevenir fatiga muscular.
* Evitar posturas prolongadas y movimientos repetitivos.
* Aplicar principios de ergonomía en el puesto de trabajo.
* Realizar estiramientos de cuello, espalda y extremidades diariamente.
* Participe activamente en las capacitaciones de salud y seguridad.
* Evite exposición prolongada a pantallas sin pausas visuales

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: GERARDO ALBERTO RUIZ ARAGON
Identificación: CC 1032406434
Reg. Médico: 1032406434
Licencia Ocupacional: 27406/2025



Paciente: HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ
CC: 19260302

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, noviembre 20 de 2025

Señora
HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ
Ciudad Bogotá

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de la CLINICA SALUD OCUPACIONAL LOS ANDES, realizado el día 20 de noviembre de 2025, done generaron los conceptos de recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS
- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica visual
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico
- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo cardiovascular

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

Seguridad y Salud en el Trabajo

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

Firma de recibido:

Hernando Lancheros Ibáñez
CC: 19260302

Scanned with CamScanner

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:32:17 horas del 25/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **19260302,**
Apellidos y Nombres **LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Entre las Partes, **LINEY CECILIA MAFIOLI PETRO**, domiciliado en la ciudad de BOGOTÁ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 26.203.396, en calidad de Directora de talento humano de CONSORCIO NUEVA ESPERANZA y quien para efectos de este acuerdo se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte; y por la otra **HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.260.302** de BOGOTÁ, domiciliado en la ciudad de BOGOTÁ, quien actúa en nombre propio y para todos los efectos legales se denominará **EL CONTRATISTA**, que en conjunto se denominarán **LAS PARTES**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, el cual se constituye en un acuerdo único y total entre las partes de manera que, prevalece sobre cualquier propuesta verbal o escrita, sobre toda negociación previa y sobre cualquier comunicación escrita respecto de su objeto.

Con base en lo anteriormente expuesto, se acuerdan las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. – OBJETO DEL CONTRATO:

EL CONTRATISTA en virtud de sus calidades y conocimientos técnicos, se obliga para **EL CONTRATANTE** a prestar sus servicios como **GERENTE DE PROYECTO** para **EL CONTRATANTE**. La actividad se prestará en forma independiente, es decir, sin que exista subordinación de ninguna índole, utilizando sus propios medios, capacidades y recursos humanos y económicos, sin que exista injerencia de órdenes de naturaleza subordinante en cuanto al modo, tiempo y cantidad de trabajo requerido entre **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**, pues se trata de la contratación de un servicio específico, situación que entienden **LAS PARTES.**

SEGUNDA. - ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:

En el desarrollo del objeto contractual **EL CONTRATISTA** se compromete a realizar con la calidad y eficiencia esperadas las actividades y funciones propias de sus servicios, durante el desarrollo de los proyectos de obra que éste contrate con entidades del sector público o privado.

TERCERA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

Se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones de acuerdo con la naturaleza del servicio:

1. Se obliga a prestar los servicios, a partir de la fecha acordada en la cláusula quinta del contrato.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

2. Se obliga a documentar todo lo relacionado con la prestación de los servicios y entregará al **CONTRATANTE**, cuando este así lo solicite, un informe con los documentos necesarios que soporten todos los aspectos y actividades realizadas.

3. Se obliga a observar y a emplear todos los procedimientos fijados por la ley y por **EL CONTRATANTE** para el desarrollo y ejecución del objeto del Contrato, cumpliendo todas las normas vigentes o las que entren en vigor durante la vigencia del presente Contrato. Además de las normas legales, **EL CONTRATISTA** debe observar la mejor práctica existente en el mercado para la prestación de los Servicios.

4. **EL CONTRATISTA** responderá por la custodia, conservación y devolución de cualquier material o documento de propiedad del **CONTRATANTE**, eventualmente entregado para la ejecución de los servicios.
5.
6. Obrar con lealtad y buena fe durante y después de la ejecución de este contrato.

7. Acatar las observaciones que en desarrollo del presente contrato informe **EL CONTRATANTE**, sin perjuicio de su autonomía técnica y administrativa.

8. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para la ejecución del presente contrato.

9. Entregar dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes su cronograma de actividades a desarrollar conforme los requerimientos del **CONTRATANTE**, el cual se sustentará al final de cada mes y será el soporte para el pago de sus honorarios.

10. Atender y corregir las observaciones que sobre los productos entregados de acuerdo con la planeación periódica de sus actividades haga **EL CONTRATANTE**, así como de las inconsistencias o hallazgos en la gestión de los procesos mencionados.

11. Presentar sus cuentas de cobro de acuerdo con los lineamientos establecidos por **EL CONTRATANTE**, teniendo en cuenta el plazo para la entrega de los informes que sustenten las actividades programadas y ejecutadas para el periodo de cobro. No obstante, si se presentan novedades imprevistas durante el periodo, con ocasión del desarrollo de los proyectos, deberá gestionar lo que corresponda, sin que esto constituya causal de no cumplimiento de las actividades programadas.

12. Presentar los informes donde relacione y sustente las actividades desarrolladas durante el período ejecutado en desarrollo del objeto contractual y los que **EL CONTRATANTE** le solicite a efectos de verificar el cumplimento de las obligaciones contractuales.

Mc 125

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

13. Cumplir en forma eficiente y oportuna las obligaciones derivadas del presente contrato de prestación de servicios, con la suficiente diligencia y cuidado, respondiendo hasta por culpa leve.

14. Cumplir con los lineamientos metodológicos de calidad, cantidad y oportunidad fijados por **EL CONTRATANTE**.

15. **EL CONTRATISTA** deberá presentar el informe final de gestión para el pago de la cuenta final, en el cual se evidencia la ubicación de la información que tuvo bajo su custodia y que le fue suministrada para el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Asegurar la planificación, dirección, coordinación y control integral del contrato de obra, garantizando el cumplimiento de los objetivos técnicos, financieros, sociales,
2. ambientales y de calidad establecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

3. Representar al Consorcio ante la entidad contratante, liderando la ejecución desde una perspectiva estratégica y de gobernanza del contrato.
4. Supervisar de manera global el cumplimiento contractual, la asignación de recursos, la toma de decisiones estratégicas y la interlocución formal con la SDIS y la interventoría.
5. Gestionar la planeación inicial, la ejecución, el seguimiento y la liquidación del contrato, asegurando que las metas del proyecto se cumplan dentro de los plazos,
6. costos, calidad y requisitos legales.
7. Liderar la planificación general del proyecto, garantizando la coherencia entre los objetivos técnicos, sociales, ambientales, económicos y de calidad.
8. Aprobar los planes de gestión y verificar que el director de obra cumpla con la implementación por parte de los profesionales correspondientes.
9. Establecer la estructura organizacional y el esquema de comunicación del proyecto.
10. Revisar y aprobar el cronograma de obra, los subprogramas técnicos y financieros y los indicadores de gestión del contrato.
11. Asegurar que el desarrollo de la obra se ejecute conforme a los plazos contractuales, el presupuesto aprobado y las especificaciones del Anexo Técnico.
12. Supervisar el desempeño del Director de Obra y su equipo, brindando apoyo para la resolución de problemas críticos.
13. Validar los informes técnicos, administrativos y financieros antes de su presentación a la interventoría o a la SDIS.
14. Velar por la correcta implementación del Plan de Calidad
15. Asegurar la aplicación de las normas técnicas vigentes (NTC, NSR-10, RETIE, RAS) en todos los procesos constructivos.
16. Revisar periódicamente los indicadores de desempeño del director de obra y promover acciones de mejora continua.
17. Aprobar la gestión de no conformidades y las acciones correctivas de alto impacto.
18. Dirigir la administración general del contrato, asegurando el uso eficiente y transparente de los recursos.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

19. Aprobar los cortes de obra, actas de pago, modificaciones contractuales y revisiones presupuestales, gestionando en términos de oportunidad los cobros pertinentes a la SDIS
20. Controlar los costos del proyecto mediante la revisión de informes financieros y de ejecución.
21. Supervisar el cumplimiento de las obligaciones legales, tributarias, laborales y de seguridad social del Consorcio y a través del director de obra de los sus subcontratistas.
22. Identificar los riesgos técnicos, financieros, sociales y ambientales del proyecto definiendo estrategias de mitigación.
23. Asegurar el cumplimiento de la normatividad en materia de contratación estatal, laboral, ambiental y de seguridad y salud en el trabajo.
24. Coordinar auditorías internas y externas del SIG-SDIS y responder a las observaciones formuladas.
25. Validar la documentación de soporte para las pólizas, garantías y certificaciones del contrato.
26. Mantener comunicación constante con la SDIS y la interventoría para la toma de decisiones estratégicas.
27. Garantizar que la información técnica y administrativa del proyecto sea clara, veraz y oportuna.
28. Promover espacios de coordinación interinstitucional y reuniones de seguimiento con los responsables de cada componente.
29. Representar al contratista en comités técnicos, de avance, de calidad y de cierre de obra.
30. Supervisar la correcta ejecución del plan de cierre técnico, ambiental, social y administrativo del proyecto.
31. Aprobar los informes finales de calidad, cumplimiento contractual y desempeño del proyecto.
32. Asegurar la entrega oportuna de todos los documentos, planos y registros requeridos
33. para la liquidación final del contrato.

CUARTA. - OBLIGACIONES DEL CONTRANTE:

1. Realizar el pago de los honorarios al **CONTRATISTA** en la forma contemplada en este contrato.

2. Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA**.

3. Poner a disposición del **CONTRATISTA** en forma oportuna la información relacionada con el objeto contractual.

4. Dar independencia al **CONTRATISTA** para la realización de su trabajo.

QUINTA. – PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA:

El presente Contrato tendrá una duración de SEIS (6) meses a partir del día 01/11/2025 y hasta el 01/05/2026.

11/11/25

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

En todo caso, **EL CONTRATANTE** podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento mediante el envío de una comunicación al **CONTRATISTA** con anticipación a la fecha de terminación, sin que de ello se derive multa o indemnización a su cargo. En caso de terminación anticipada de este Contrato, **EL CONTRATANTE** le pagará al **CONTRATISTA** los honorarios correspondientes, en proporción al tiempo de los Servicios debidamente prestados.

El incumplimiento parcial o total de este Contrato, por parte del **CONTRATISTA**, dará derecho al **CONTRATANTE** a dar por terminado el Contrato en forma inmediata si a su juicio considera inconveniente la continuación.

No obstante, lo anterior, el presente Contrato terminará:

a) Por mutuo acuerdo;
b) Por vencimiento del plazo estipulado, o terminación anticipada, de acuerdo con la previsto en este contrato;
c) Por fuerza mayor o caso fortuito, y
d) Por incumplimiento del contrato por parte de alguna de las Partes.

PARÁGRAFO PRIMERO. - En ninguna circunstancia, el presente contrato se considerará novado o renovado automáticamente, sin que exista el acuerdo reciproco de las partes contractuales mediante escrito respectivo.

SEXTA. – VALOR DE CONTRATO:

Para todos los efectos legales, el valor total del contrato es TREINTA Y NUEVE MILLONES ($39.000.000 MCTE) que serán cancelados en SEIS MESES (6) pagos iguales de SEIS MILLONES QUINIENTOS ($6.500.000 MCTE) cada uno, previo cumplimiento de las condiciones establecidas para el efecto.

EL CONTRATANTE efectuará la retención en la fuente prevista en las normas vigentes aplicables. Cada uno de los pagos requiere previa presentación por parte del **CONTRATISTA** de la correspondiente cuenta de cobro con todas las características tributarias que exija la ley y con los siguientes requisitos: a) Nombre; b) Número del NIT y/o cédula de ciudadanía; c) Fecha de la prestación del servicio; d) Descripción clara, suficiente y concisa del servicio; f) Valor a pagar en letras y números; g) Banco o Corporación en donde deberá consignarse el pago, número de la cuenta y tipo de la misma (corriente o de ahorros) o el medio de pago idóneo de los honorarios.

La firma y sello que coloque la empresa, no se debe interpretar como aprobación o aceptación, por parte del **CONTRATANTE**, en cuanto a las características del servicio prestado, tales como oportunidad, calidad y eficiencia.

PARAGRÁFO PRIMERO._- No se autorizarán pagos hasta tanto se cumplan las condiciones establecidas por **EL CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - El valor al que se refiere la presente cláusula será cancelado en la forma prevista, mediante transferencia bancaria a nombre del

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATISTA en la cuenta que ella indique.

PARÁGRAFO TERCERO. – De cada pago, **EL CONTRATANTE** hará los descuentos pertinentes y en los términos previstos por la Ley.

PARÁGRAFO CUARTO. - El valor aquí acordado será el único a reconocer.

SÉPTIMA. – SUPERVISIÓN: La supervisión, ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por **EL CONTRATISTA**, estará a cargo del **CONTRATANTE** y de quien este designe de manera unilateral para el efecto, quien verificará el cumplimiento de las obligaciones contractuales, la afiliación al sistema de seguridad social y el correcto cumplimiento de los aportes en salud, pensión y ARL, y certificará el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones, para cada uno de los pagos de los honorarios aquí pactados.

OCTAVA. - AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:

EL CONTRATISTA, para efectos de los pagos de los honorarios estipulados en la cláusula SEXTA de este contrato, se obliga a acreditar al **CONTRATANTE** que se encuentra al día en el pago de los aportes al sistema de seguridad social, conforme lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y Decreto 1601 de 2022 y demás normas concordantes.

El incumplimiento de estas obligaciones será causal de terminación del contrato y **EL CONTRATANTE** reportará lo pertinente ante las autoridades competentes.

PARÁGRAFO: En todo caso para el trámite de cada cuenta de cobro, en caso de llegar a contratar personal para apoyar las actividades a realizar con ocasión del cumplimiento del objeto contractual, **EL CONTRATISTA** debe acreditar al supervisor del mismo, que se encuentra al día en los pagos por concepto de seguridad social en salud, en pensión, ARL y pagos parafiscales de sus empleados, si a ello hubiera lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley 792 de 2002, Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, Decreto 780 del 2016 en su artículo 2.4.20 y demás normas que regulan la materia. Ante el incumplimiento de esta obligación, **EL CONTRANTE** dará aviso de tal situación a las autoridades competentes. **EL CONTRATISTA** se obliga a lo anterior, independientemente de que tenga otros contratos como contratista independiente.

NOVENA. – LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL:

Para todos los efectos legales el lugar de domicilio será la ciudad de Bogotá.

DÉCIMA. – CLÁUSULA PENAL:

En caso de incumplimiento por parte de **EL CONTRATISTA** de cualquiera de las obligaciones previstas en este contrato, se obliga a pagar al **CONTRATANTE**, a título de pena, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, la cual será descontada de los saldos que le adeude **EL**

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATANTE sin requerimiento previo judicial, conforme a lo establecido en el Título XI del Código Civil y el art. 867 del Código de Comercio. Con la firma del presente contrato, **EL CONTRATISTA** autoriza al **CONTRATANTE** a descontar el porcentaje aquí establecido de los saldos que este último le adeude con ocasión de los servicios prestados.

DÉCIMA PRIMERA. – USO Y PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN:

La información contenida en los informes y documentos que surjan del desarrollo del presente contrato es de exclusiva propiedad del **CONTRATANTE**, quien podrá utilizarla indefinidamente, difundirla y divulgarla cuando lo estime necesario, sin contraprestación alguna en favor de **EL CONTRATISTA**. No obstante, las obras proseguibles por derecho de autor, los objetos, procedimientos o diseños técnicos que sean creados por las partes en cumplimiento del objeto del contrato, tendrán el reconocimiento de los derechos morales a favor del autor-creador de acuerdo con las disposiciones legales. **EL CONTRATISTA** podrá conservar una copia de los resultados, informes y documentos producidos, pero no podrá utilizarla ni difundirla en su propio beneficio frente a terceros ajenos a las partes que suscriben el presente documento.

DÉCIMA SEGUNDA. - DERECHOS DEL AUTOR:

Los derechos patrimoniales del autor establecidos en la ley y en la Decisión Andina 351 de 1993 y que se entienden como la facultad exclusiva que tiene el titular de los derechos de autor y conexos para realizar, autorizar o prohibir respecto de las obras, materiales o resultados obtenidos, cualquiera de los siguientes actos: reproducción, comunicación pública, traducción, adaptación, arreglo o cualquier otra modificación, distribución pública de ejemplares e importación de copias no autorizadas, pertenecerá al **CONTRATANTE**. Los derechos morales de autor que genere **EL CONTRATISTA**, en desarrollo y ejecución del presente contrato le serán plenamente reconocidos. **PARÁGRAFO:** La difusión de los resultados, informes y documentos que surjan del desarrollo del presente contrato, en todo caso deberá ser autorizada por **EL CONTRATANTE.**

DÉCIMA TERCERA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN:

El presente contrato de prestación de servicios se dará por terminado por la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

1. Por vencimiento del término inicialmente pactado, salvo que exista prórroga o renovación de los términos establecidos en el Contrato de prestación de servicios, la cual deberá constar por escrito;

2. Por mutuo acuerdo entre las PARTES, cuya constancia quedará por escrito;

3. Por imposibilidad de cumplir el objeto del servicio, imposibilidad que solamente podrá alegar **EL CONTRATANTE** y que requiere solo la

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

manifestación de éste para tener validez;

4. Por caso fortuito o fuerza mayor que haga imposible el cumplimiento del servicio contratado conforme lo dispuesto en el artículo 64 del Código Civil;

5. Por el cumplimiento del objeto antes del vencimiento del plazo contratado;

6. Por decisión unilateral del **CONTRATANTE** sin que exista obligación de indemnización alguna a favor del **CONTRATISTA;** para el efecto, **EL CONTRATANTE** remitirá una comunicación al **CONTRATISTA** donde le informe la fecha en que se hará efectiva la terminación del Contrato de prestación de servicios, sin necesidad de alegar o probar causal alguna distinta a la intención de darlo por terminado. Solo estará a cargo del **CONTRATANTE** los pagos causados hasta la fecha de terminación anticipada del contrato, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidas para el efecto.

7. Por incumplimiento de las obligaciones por parte de **EL CONTRATISTA,** establecidas en este contrato y por el incumplimiento del deber de confidencialidad consagrado en el documento que se suscribe.

8. Por no requerir **EL CONTRATANTE** de los servicios prestados por **EL CONTRATISTA**.

DÉCIMA CUARTA. – INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:

EL CONTRATISTA, actuará por su propia cuenta, con absoluta libertad y autonomía técnica administrativa y financiera para el cumplimento de del objeto contractual, asumiendo los riesgos propios de la actividad que desarrolla. Por tanto, sus derechos se limitarán, de acuerdo con la naturaleza del presente contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATANTE** y al pago de los honorarios estipulados por la prestación del servicio. En consecuencia, no contrae relación laboral alguna con **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA** o alguna de sus aliadas.

DÉCIMA QUINTA. – EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:

Queda claramente entendido dada la naturaleza del contrato que no existirá relación laboral alguna entre **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. Lo anterior, excluye de manera expresa cualquier vínculo laboral pasado que haya existido entre las partes y elimina cualquier pretensión eventual y/o futura de continuidad laboral, quedando claro que el vínculo entre las partes es de naturaleza civil contractual y no laboral.

DÉCIMA SEXTA. - HABEAS DATA:

EL CONTRATISTA, en cumplimiento al Art. 9 de la Ley 1581 de 2012 y del art. 10 del Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y sus disposiciones afines, autoriza

11/6/25

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

de forma previa, expresa e informada a **EL CONTRATANTE** para la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los datos personales y profesionales por el brindado, en vigencia del presente Contrato de prestación de servicios y en su proceso de selección y contratación.
PARÁGRAFO PRIMERO: **EL CONTRATISTA** se obliga a mantener actualizada toda la información personal y profesional que haya brindado a **EL CONTRATANTE** desde el inicio de su relación contractual y se obliga a que cualquier tipo de información que brinde por cualquier medio sea información cierta, clara y comprobable. De no encontrarse actualizada la información del **CONTRATISTA** en el momento de su tratamiento por parte de **EL CONTRATANTE**, se considerará que los efectos de la no actualización se produjeron por la negativa del **CONTRATISTA** en cumplir su obligación de mantener actualizada la información. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: El presente acuerdo y el consentimiento otorgado al **CONTRATANTE** solo lo autoriza para efectuar el tratamiento de información del **CONTRATISTA** en lo tocante a las necesidades estrictamente contractuales y comerciales y no lo autoriza a efectuar manejo de estos datos para fines distintos a los propios de la relación contractual mantenida entre **EL CONTRATANTE** y **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** se obliga a dar estricto cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, así como las políticas internas que para tales efectos establezca **EL CONTRATANTE**, en relación con el tratamiento de la información que de terceros se obtenga como consecuencia de la ejecución de las obligaciones derivadas del vínculo contractual.

DÉCIMA SÉPTIMA. – SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Toda diferencia que surja entre las partes por motivo de este contrato, se resolverá por los mecanismos de solución de conflicto establecidos por las leyes colombianas previo a acudir a las instancias judiciales que correspondan.

DÉCIMA OCTAVA. – CONFIDENCIALIDAD: EL CONTRATISTA se obliga a no divulgar, reproducir, o comunicar, de forma directa o indirecta a ninguna persona natural o jurídica información alguna relacionada con los negocios del **CONTRATANTE. PARÁGAFO.** El incumplimiento de la obligación consagrada en esta cláusula se considerará como incumplimiento grave del presente contrato de prestación de servicios, pudiendo **EL CONTRATANTE** darlo por terminado de forma inmediata y cobrar la Cláusula Penal prevista en la Cláusula Décima sin necesidad de requerimiento judicial y sin perjuicio de las acciones legales de las que pueda hacer uso por la violación a la obligación de confidencialidad aquí prevista.

DÉCIMA NOVENA. - RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA FRENTE A TERCEROS:

EL CONTRATISTA se hace responsable por los riesgos y perjuicios comprobados que se causen a terceros, en desarrollo y cumplimiento del presente contrato de prestación de servicios. **EL CONTRATISTA** amparará y mantendrá indemne al **CONTRATANTE** de cualquier reclamación judicial o extrajudicial, las cuales

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

tengan por objeto o efecto ordenar al **CONTRATANTE** el pago de compensaciones o indemnizaciones a terceros y en general el pago de cualquier resarcimiento, con ocasión de la ejecución del contrato de prestación de servicios.

VIGÉSIMA. - RETENCIONES TRIBUTARIAS:

Como quiera que el contrato de prestación de servicios es de naturaleza civil, **EL CONTRATISTA** debe asumir el pago de las retenciones tributarias a que haya lugar, las cuales afectarán el valor total de los honorarios y de los eventuales beneficios que por concepto de la prestación del servicio les sean reconocidos por **EL CONTRATANTE**.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes.

En señal de aceptación se suscribe por las partes a partir del PRIMERO (01) de NOVIEMBRE de dos mil veinticuatro (2024) en dos (2) ejemplares de igual contenido.

EL CONTRATANTE

EL CONTRATISTA
CC 19260302 Bta

NOTIFICACIÓN PERSONAL PARA EFECTOS CONTRACTUALES

CONTRATANTE:

CONTRATISTA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.614.406
MONTEALEGRE PORTILLO
APELLIDOS
ARIEL
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1971
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
28-DIC-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-1500150-00133139-M-0079614406-20081203
0007449958A 1
1610028416

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Ariel Montealegre | CARGO Residente Obra | C.C. 79614406.

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Peto			
1	06	01	26	X	X			X												X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ARIEL MONTEALEGRE | CARGO: RESIDENTE | C.C. 79614406

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	23	01	26																		1	1			
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO	CARGO	RESIDENTE
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE.	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE.

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PARTICIPAR CONTINUAMENTE CON LAS POLÍTICAS DEL SISTEMA ESTABLECIDO POR LA LEY Y CALIDAD DE LA EMPRESA.	0,42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	1) USO OBLIGATORIO EPP 2) CUIDADO CAIDA OBJETOS.	0,42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	CUMPLIR A CABALIDAD LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA. IMPARTIR INDICACIONES DE ACUERDO CON MI CARGO.	0,42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	CAIDAS, QUEMADURAS, OLORES SUSTANCIAS QUÍMICAS, FRACTURAS, TORCEDURAS	0,42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	CAMINAR AL LADO DE CUALQUIER EXCAVACIÓN PROFUNDA, OMITIENDO LA SEÑALIZACIÓN QUE DEBE EXISTIR.	0,42
Escriba un ejemplo de condición insegura	MANIPULACIÓN DE EQUIPOS SIN LOS ATS CORRESPONDIENTES.	0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0,42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0,42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0,42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0,42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0,42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.	X		0,42

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	03/12/2025 FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 50	APROBÓ SI NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: ARIEL MONTESLEGRE

IDENTIFICADO CON C.C : 79614406

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Inspector de obra

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto: las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☑ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☑ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☑ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 1/12/2025 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 03/12/2025 | LUGAR: Oficina. Consorcio nueva Esperanza. | HORA: DE 11:00 am A 1:00 pm

TEMA GENERAL: Inducción SST

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Gerd. Wilson Tovar Hernandez.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente. SST.

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Paulo Cesar Grimaldo	1018462873	Ingeniero residente	Consorcio Nueva esperanza	
2	ARIEL MONTEALEGRE	79614406	RESID. OBRA	C.N.E.	
3	Thalia Sandoval.	1007698093	inspectora SST	CNE.	
4	JEAN CARLOS DIAZ T.	1097031371	INSPECTOR SST	CNE	
5	Didier Alvarino	85436375	Insp SST	CNE	
6	Carlos Chaux Jimmy	80213244	Residente de obra	CNE	
7	Hernando Lancheros	19260302	Programador	CNE	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO

Con identificación Nº. **79614406**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **8** horas realizadas en Bogotá
Desde **5 de diciembre de 2025** hasta el día **5 de diciembre de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC**

NIT **902002156-1**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **COLMENA**

Representante Legal **LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **5 de diciembre de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
AVENIDA CARRERA 68 NO. 11-20, Bogotá

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en
ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS
N° **de Licencia *25 -0937 DE 2018***

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	MONTEALEGRE PORTILLO ARIEL
IDENTIFICACIÓN:	CC 79614406
INICIO VIGENCIA:	27/11/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	Residente de obra
SALARIO:	4.500.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC
CC /NIT:	NI 902002156
CONTRATO:	1209521
SEDE:	NUEVA ESPERANZA
CENTRO DE TRABAJO:	OPERATIVO
INICIO VIGENCIA:	01/11/2025
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 03 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/12/2025 18:06:16. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **79614406** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79614406
NOMBRES Y APELLIDOS	ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	362
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	36

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/11/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79614406,** se encuentra afiliado/a desde **28/10/1991** 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 11 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 22 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 79614406
Nombres y Apellidos	ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 902002156
Razón Social Empleador	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HI
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	14/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	22/11/2025
Cargo	residente de obra
Horas Labor Mes	178
Sueldo básico	$ 4500000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

I9WOKWQBS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Sede 103
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-13 08:40 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-13 12:14 p. m.
No. Ingreso:	641892	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO	**Identificación:**	CC 79614406
Cargo:	RESIDENTE OBRA	**Ocupación:**	Empleado
Fecha de Nacimiento:	31 oct. 1971	**Edad:**	54 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**	**Estado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Anormal	Realizado
Espirometría	Normal	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Normal	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Normal	Realizado
Laboratorios	**Resultado**	**Estado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Anormal	Realizado
Perfil Lipidico	Anormal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Aplazado para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
SS/CONSULTA DE MEDICINA GENERAL EN EPS,SEGUIMIENTO,TRATAMIENTO,CONTROL,LABORATORIOS ALTERADOS,TRAER RESUMEN DE HC

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: RAQUEL ARISTIZABAL GALEANO
Identificación: CC 31285011
Reg. Médico: 31285011
Licencia Ocupacional: 8715 DEL 26/4/2021



Paciente: ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO
CC: 79614406

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, noviembre 13 de 2025

Señor
ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO
Ciudad Bogotá

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de la CLINICA SALUD OCUPACIONAL LOS ANDES, realizado el día 13 de noviembre de 2025, done generaron los conceptos de recomendaciones médicas:

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL
SS/CONSULTA DE MEDICINA GENERAL EN EPS, SEGUIMIENTO, TRATAMIENTO, CONTROL, LABORATORIOS ALTERADOS, TRAER RESUMEN DE HC

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso

Agradecemos, nos notifique de manera oportuna, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud de cuerdo al seguimiento y manifiesto de sus terapias y concepto médico.

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

Seguridad y Salud en el Trabajo

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

Firma de recibido:

Ariel Montealegre Portillo

Cc: 79614406

Powered by CamScanner

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:58:18 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79614406,** Apellidos y Nombres **MONTEALEGRE PORTILLO ARIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR

Nombre del empleador:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA
NIT No.	9 0 2 0 0 2 1 5 6 -1
Domicilio del empleador:	76 N 28ª 31
Nombre del trabajador:	ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO
Domicilio del trabajador:	CR 44 4f -18
Número de Identificación:	79.614.406
Fecha de nacimiento:	31/10/1971
Cargo:	RESIDENTE DE OBRA
Sede de trabajo:	BOGOTÁ
Fecha de inicio y finalización:	*14/11/2025*

Entre quienes suscriben a saber: HERNANDO IBAÑEZ LANCHEROS, quien obra en nombre y representación de la compañía CONSORCIO NUEVA ESPERANZA, quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Empleador" o la "Compañía", de una parte, y de la otra **ARIEL MONTEALEGRE PORTILLO**, mayor de edad, identificado **79.614.406** como aparece al pie de su firma quien obra en su propio nombre y quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Trabajador"; el Empleador y el Trabajador quienes se denominarán conjuntamente como las "Partes", hemos convenido suscribir el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regulado de manera general por las normas laborales y contenido de manera especial en las siguientes cláusulas.

Las Partes adquieren los derechos y contraen las obligaciones que el presente contrato y la legislación colombiana les imponen, de acuerdo con las siguientes cláusulas.

PRIMERA. – OBJETO, FECHA DE INICIO DE LABORES Y DURACIÓN. Las Partes acuerdan que el presente contrato de trabajo se celebra bajo la modalidad de duración de obra o labor determinada, conforme al artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo, en razón de que el(la) trabajador(a) prestará sus servicios única y exclusivamente para la ejecución del Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO", que se desarrolla en 1. SUBA 2. USAQUEN 3. CHAPINERO 4. CANDELARIA 5. SANTAFE 6. ENGATIVA cuyo objeto es y cuya ejecución constituye la causa directa de la vinculación laboral.

SEGUNDA. – SEDE DE TRABAJO. El Trabajador tendrá su sede principal de trabajo en la 76 N 28ª 31 en la ciudad de BOGOTÁ. Sin embargo, conforme a las funciones propias del cargo de RESIDENTE DE OBRA, el Trabajador prestará sus servicios en el lugar en que, de acuerdo con las actividades inherentes a dicho cargo, se consideren convenientes o necesarias, y en todo caso, en los lugares en que la Compañía le indique. Es entendido que cualquier traslado que llegare a presentarse es de obligatoria aceptación para el Trabajador, quien conoce plenamente la naturaleza de las actividades de las Compañía y la necesidad que esta tiene de

efectuar actividades en diferentes lugares dentro del territorio colombiano. Teniendo en cuenta esta situación las Partes expresamente manifiestan que el presente contrato de trabajo se regirá siempre por las disposiciones legales colombianas.

TERCERA. – REMUNERACIÓN. SALARIO ORDINARIO. Las partes acuerdan un salario que se compondrá de la siguiente manera:

Un salario ordinario fijo bruto mensual, equivalente a la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL (4.500.000), dentro de la cual se encuentra incluida la remuneración de todas las actividades desarrolladas por el Trabajador atadas a la jornada ordinaria de trabajo. Aunque el Trabajador se encuentre excluido de las aplicaciones de jornada, en caso de que existan recargos, estos se calcularán únicamente con la porción de salario fijo bruto antedicha.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las Partes acuerdan expresamente que en el evento en que el Trabajador reciba comisiones o cualquier otro tipo de salario variable, el 82.5% constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante está destinado a remunerar los descansos obligatorios de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando por causa emanada directa o indirectamente de la relación contractual existan obligaciones de cualquier tipo a favor del Empleador y a cargo del Trabajador, el Empleador podrá efectuar las deducciones a que hubiere lugar, en cualquier tiempo y/o al momento de la terminación del presente contrato de cualquier suma que el Trabajador adeude al Empleador. Así lo autoriza y consiente de antemano el Trabajador, entendiendo expresamente las Partes que la presente autorización cumple las condiciones de orden previa y escrita aplicable para cada caso.

CUARTA. – PERÍODO Y FORMA DE PAGO. El salario ordinario fijo bruto acordado en la CLÁUSULA TERCERA de este contrato será pagado en mensualidades vencidas. Los pagos laborales serán cancelados, mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del Trabajador registrada en la Compañía para el pago de su nómina.

QUINTA. – BENEFICIOS EXTRALEGALES. De conformidad con el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, las Partes acuerdan que toda prestación, bonificación, subsidio, beneficio o auxilio, que no obstante lo estipulado anteriormente reciba o llegue a recibir el Trabajador y/o sus familiares, en dinero o en cualquier especie, habitual u ocasionalmente, que exceda en cualquier forma o por cualquier causa el salario expresado en la cláusula tercera, no constituyen salario y, en consecuencia, no serán tenido en cuenta para efectos de calcular el valor de las prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones y, en general, para el pago de cualquier otra acreencia de carácter laboral y/o en materia de seguridad social y parafiscales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Todos los beneficios extralegales que reciba el Trabajador estarán sujetos a las políticas y condiciones fijadas por el Empleador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Empleador le otorgará al Trabajador un computador

SEXTA. – DEDUCCIONES OBLIGATORIAS. Las Partes acuerdan que, salvo acuerdo escrito en contrario, todas las cantidades, pagos, salarios, prestaciones sociales, y beneficios que se mencionan en este contrato, así como las remuneraciones, ingresos y beneficios que el Trabajador perciba en el futuro con motivo de la relación laboral con el Empleador serán cantidades brutas. En consecuencia, en caso de ser procedente, el Empleador efectuará las retenciones y deducciones legales por retenciones en la fuente, aportes al Sistema

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

General de Seguridad Social, se descontarán los días no trabajados, y en general, realizará los descuentos ordenados por ley o judicialmente, además de los descuentos que acuerden las Partes por escrito.

SÉPTIMA. – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. Las obligaciones del Trabajador incluirán, entre otras, las actividades necesarias para el desempeño de las funciones inherentes al cargo de **RESIDENTE DE OBRA**, así como el cumplimiento de las obligaciones que establezca la ley, el Reglamento de Trabajo o el Empleador, a saber: 1) Poner al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el Empleador o sus representantes; 2) Observar y cumplir con las reglas, políticas, código de conducta, procedimientos operacionales, guías, directrices, etc. del Empleador y/o su casa matriz siempre y cuando éstas sean legales y exigibles dentro del derecho colombiano; 3) Observar en sus relaciones con el público o con quienes solicitan sus servicios la consideración y cortesía debidos; 4) A trabajar en el desempeño de su labor con sujeción a la ley, el Reglamento de Trabajo, las políticas del Empleador e insistir en el cumplimiento de los procedimientos operativos del Empleador; 5) No prestar directa ni indirectamente servicios a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia, ni invertir o participar directa o indirectamente en empresas que se dediquen a la misma rama de negocios que el Empleador durante la vigencia de este contrato; 6) El Trabajador no podrá negociar ni invertir en el negocio del Empleador o sus empresas relacionadas, ni en los negocios en los que cualquiera de estas inviertan o lleven a cabo; 7) El Trabajador se obliga a no negociar ni realizar inversiones con los clientes del Empleador ni con empresas relacionadas con estos. El Trabajador acepta y se compromete a no negociar en su interés o beneficio, en momentos o maneras que conozca o deba conocer que es posible que puedan generar un efecto negativo adverso a los intereses particulares de alguno de los clientes del Empleador; 8) El Trabajador se abstendrá de recibir o aceptar de terceros beneficios, ganancias, dádivas, créditos, ventajas financieras, regalos, oportunidades para hacer, recibir o incrementar cualquier ganancia o ingreso o para reducir cualquier pérdida o gasto, y en general cualquier servicio, ayuda, sistema o información, que puedan generar un conflicto de intereses con el Empleador, y empresas relacionadas con este, con sus funciones, o con cualquiera de sus clientes. En todo caso, el Trabajador se obliga a reportar inmediatamente y por escrito al Empleador toda transacción en su interés permitida o autorizada; 9) Prestar el servicio a que el presente contrato se refiere en el lugar indicado por el Empleador; 10) Respetar las costumbres locales y tener un alto estándar de conducta moral y ética; 11) Guardar la reserva que requieren los asuntos relacionados con su trabajo, en razón de su naturaleza o en virtud de instrucciones especiales, aún después de haber terminado el contrato de trabajo, sin perjuicio de denunciar cualquier hecho delictuoso que perjudique al Empleador; 12) Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de su trabajo al desempeño de las funciones que le han sido encomendadas; 13) Reasumir sus funciones al vencimiento de las licencias, permisos, vacaciones, etc.; 14) Dar cumplimiento esmerado a la ejecución del trabajo asignado tanto cualitativa como cuantitativamente; 15) Acatar con fidelidad las órdenes de sus superiores respecto del trabajo encomendado; 16) Tener decoro y corrección en su comportamiento, respeto a sus superiores, compañeros y subalternos; 17) Responder de la manera más rigurosa y darle un uso acorde con el trabajo a los documentos, útiles, equipos, materias primas, insumos, tarjetas de crédito, muebles y bienes asignados con ocasión de sus funciones, para el desempeño de su trabajo o confiados para su guardia o custodia, ninguno de los cuales podrá ser retirado o utilizado para un fin distinto al trabajo bajo ningún pretexto sin la autorización previa y expresa de la persona competente; 18) Participar en las actividades programadas por el Empleador para la capacitación, desarrollo e instrucción del personal; 19) Cumplir correctamente el horario de trabajo; 20) Abstenerse de poner en peligro, por actos u omisiones, la seguridad de las personas o de los bienes del Empleador o de los bienes de terceros confiados al mismo; 21) Dar cumplimiento oportunamente a las prescripciones que para seguridad de los locales, equipos, operaciones o los dineros y/o valores del Empleador; 22) No retener, distraer, apoderarse o aprovecharse en forma indebida de dineros, valores o bienes que por razón o con ocasión de sus funciones le hayan confiado u asignado; 23) No permitir voluntariamente o por culpa, que otras personas lleguen a tener conocimiento de claves, datos o hechos de

conocimiento privativo del Empleador, de sus clientes, o de determinados empleados del mismo; 24) No dedicarse en el sitio de trabajo al manejo de negocios particulares o realizar en cualquier momento actividades de comercio o similares a las del Empleador; 25) No realizar operaciones o desempeñar funciones cuya ejecución este atribuida expresa e inequívocamente a otro trabajador del Empleador, salvo en el caso de necesidad efectiva e inaplazable, y previa orden de un superior; 26) Abstenerse de cualquier actitud en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del Empleador; 27) Cumplir con todas las leyes y reglamentos de Colombia, especialmente las relativas a moneda, mercado negro, y el uso y consumo de drogas y alcohol; 28) Usar adecuada y/o diligentemente la totalidad de los equipos, aplicativos, claves de acceso y elementos que hacen parte del puesto de trabajo y/o que le fueron encomendados al Trabajador; 29) Asistencia y puntualidad a todas las jornadas de capacitación y entrenamiento que el Empleador considere necesarias para mantener y/o mejorar el nivel de conocimientos requerido para el adecuado desempeño de sus labores; 30) Abstenerse de usar, instalar o permitir que se use o se instale en cualquier computador del Empleador, o que esté bajo la responsabilidad del Empleador, todo software o hardware que no cumpla con los requisitos de licencia y/o respeto a los derechos de autor; 31) Utilizar los equipos, vehículos y/o herramientas de propiedad o de uso de la compañía con la observancia de las normas de seguridad incluyendo la seguridad informática en sistemas, en especial, no dar a conocer la clave secreta de acceso o *password* ni manipular o alterar en cualquier forma la información que repose en la base de datos de la compañía.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Coordinar y supervisar directamente la ejecución técnica de las actividades de construcción, garantizando el cumplimiento de los planos, especificaciones técnicas, normas de calidad, seguridad y ambientales, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico SDIS y el Programa de Aseguramiento de la Calidad (PAC).
2. Responder por el control técnico diario, la planeación operativa, el registro de avances y la verificación de la calidad en la ejecución de todos los frentes de trabajo.
3. Dirigir las actividades en campo, coordinado los equipos de trabajo, verificando la correcta aplicación de materiales y procedimientos constructivos y garantizando la trazabilidad de los registros técnicos y de calidad, reportando lo pertinente al director de obra.
4. En coordinación con el director de obra, elaborar el plan de trabajo semanal y diario.
5. Programar las actividades de obra según el cronograma de trabajo y los recursos disponibles para el efecto.
6. Coordinar el uso de equipos, materiales, personal y herramientas necesarias para cada frente.
7. Asegurar la disponibilidad oportuna de planos, diseños y especificaciones técnicas en campo.
8. Supervisar diariamente la correcta ejecución de las actividades constructivas conforme a los planos aprobados
9. Verificar la calidad de los materiales, las dimensiones, niveles, alineaciones y tolerancias
10. Validar los procedimientos constructivos y en coordinación con el director de obra, aprobar los métodos propuestos por los contratistas
11. Validar que las actividades cumplan con las normas técnicas vigentes (NSR-10, RETIE, RAS, NTC).
12. Reportar de inmediato al director de obra cualquier desviación o situación que afecte el cumplimiento del contrato.
13. Abstenerse de aceptar dádivas de los contratistas vinculados al proyecto y reportar de manera inmediata al director de obra y al gerente del proyecto cualquier situación relacionada con este aspecto
14. Coordinar las actividades de control de calidad de materiales, mezclas, concretos, soldaduras, impermeabilizaciones, entre otros.

15. Diligenciar los formatos de control y verificación establecidos por el Plan de Calidad
16. Supervisar la ejecución de ensayos de laboratorio y conservar los certificados de cumplimiento, así como los certificados de calidad de los materiales utilizados en cada una de las actividades.
17. Participar en auditorías internas y revisiones de la Interventoría o SDIS.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

18. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (PSST).
19. Apoyar los procesos de verificación del uso de Elementos de Protección Personal (EPP) y las condiciones seguras de operación.
20. Apoyar al Residente Ambiental en la aplicación de las medidas del Plan de Gestión Ambiental (PGAO).
21. Reportar cualquier condición o acto inseguro, incidente o derrame ambiental.
22. Mantener actualizada la bitácora de obra con los avances diarios, visitas, ensayos, observaciones y decisiones técnicas.
23. Elaborar informes semanales y mensuales de avance físico y de calidad, con soporte fotográfico y mediciones.
24. Custodiar los planos "as built", formatos, actas, certificados y registros de control.
25. Asegurar la trazabilidad documental y el respaldo de la información técnica en formato físico y digital.
26. Participar en reuniones de obra y comités técnicos, aportando información actualizada sobre avances y requerimientos.
27. Comunicar oportunamente al equipo de campo las instrucciones, observaciones y ajustes emitidos por la Interventoría o SDIS.
28. Apoyar la preparación de la documentación técnica de cierre del contrato.
29. Coordinar la ejecución de actividades de terminación, limpieza, acabados y entrega de zonas intervenidas.
30. Verificar que todos los registros técnicos y de calidad estén completos y firmados antes de la entrega final.
31. Verificar las cantidades de obra ejecutadas por los contratistas y elaborar las correspondientes memorias de cálculo
32. Apoyar el proceso de liquidación del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Trabajador se compromete a desempeñar sus funciones, según los requerimientos del negocio y del servicio para el que sea asignado, de acuerdo con los convenios de colaboración suscritos por el Empleador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Al presente contrato de trabajo se incorporan en lo que sean compatibles con el mismo, las disposiciones del Reglamento Interno de Trabajo.

OCTAVA. – EXCLUSIVIDAD DE LOS SERVICIOS. Durante la vigencia de la relación laboral, el Trabajador se obliga expresamente a prestar sus servicios exclusivamente al Empleador. El Trabajador se obliga a no desarrollar actividades que sean similares o análogas a las previstas en el presente contrato, a menos que el Empleador lo autorice por escrito. El incumplimiento de la presente cláusula será considerado como una falta grave y, por lo tanto, justa causa de terminación del contrato de trabajo por parte del Empleador.

NOVENA. – INVENCIONES Y DESCUBRIMIENTOS. Las nuevas creaciones, invenciones, desarrollos intelectuales o descubrimientos realizados por el Trabajador durante la prestación de sus servicios al Empleador pertenecerán a este último, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 539 del Código de Comercio y el Artículo 23 de la Decisión 486 de la Comisión de la Comunidad Andina. En consecuencia, tendrá el Empleador el derecho de patentar o registrar ante las autoridades competentes, a su nombre o a nombre de terceros, tales inventos o descubrimientos, respetándose el derecho del Trabajador a ser mencionado como inventor en el caso de las patentes, si así lo desea, de conformidad con el Artículo 24 de la Decisión 486 de la Comisión la Comunidad Andina. Sin embargo, el Trabajador acuerda facilitar el cumplimiento oportuno de las formalidades y trámites requeridos para los fines de la presente cláusula, y acuerda dar su firma o extender, de manera oportuna, los poderes y documentos que sean necesarios para lograr el fin mencionado. Las Partes expresamente convienen que el presente contrato de trabajo constituye cesión de todos los derechos económicos sobre los desarrollos intelectuales e invenciones realizados por el Trabajador y podrá ser utilizado para el registro o la obtención de la patente respectiva. Nada de lo estipulado en la presente cláusula obliga al Empleador al pago de compensación alguna al Trabajador.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

DÉCIMA. – DERECHOS DE AUTOR. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 28 de la Ley 1450 de 2011, todos los derechos patrimoniales sobre las obras creadas por el Trabajador en cumplimiento del presente contrato de trabajo se considerarán automáticamente transferidos al Empleador. Dicha transferencia tendrá término indefinido y comprenderá todas las modalidades de explotaciones conocidas o por conocerse y se extenderá a todo el mundo. La duración de la transferencia será por el máximo término determinado por ley.

DÉCIMA PRIMERA. – TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para que, directamente o a través de sus trabajadores, consultores, asesores y/o terceros encargados del Tratamiento de Datos Personales, bien sea en Colombia o en el exterior, lleven a cabo cualquier operación o conjunto de operaciones tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia y transmisión sobre sus Datos Personales, entendidos como cualquier información vinculada o que pueda asociarse con el Trabajador, para el cumplimiento de los fines del Empleador, que incluyen, pero no se limitan, al cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales del Empleador con terceros, la debida ejecución de este contrato, el cumplimiento de las políticas internas del Empleador, el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias del Trabajador, la administración de sus sistemas de información y comunicaciones, la generación de copias y archivos de seguridad de la información en los equipos proporcionados por el Empleador, el ofrecimiento de beneficios extralegales por el Empleador al Trabajador, el control y prevención por parte del Empleador de fraudes y lavado de activos, los mecanismos y protocolos de seguridad de la infraestructura y las instalaciones del Empleador. El Trabajador conoce el carácter facultativo de entregar o no sus Datos Personales de carácter sensible. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada para que el Empleador continúe sometiendo a Tratamiento los Datos Personales que hubieren recolectado o de cualquier forma sometido a Tratamiento con anterioridad al presente contrato.

Así mismo, el Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para transferir y/o transmitir los Datos Personales del Trabajador o permitir el acceso a éstos, a terceros, tales como Empresas Promotoras de Salud (EPS) vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, Entidades Bancarias y Aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y Cajas de Compensación Familiar vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, ubicados en Colombia, para el cumplimiento de los mismos fines del Empleador, incluso a países que no proporcionen niveles adecuados de protección de Datos Personales. Previa solicitud del Trabajador mediante el procedimiento apropiado, el Empleador le suministrará la información completa de los terceros que lleven a cabo el Tratamiento de sus Datos Personales. El Trabajador reconoce y acepta que el Tratamiento de sus Datos Personales efectuado por fuera del territorio colombiano puede regirse por leyes extranjeras. El Trabajador reconoce que ha sido informado de los derechos que le asisten en su calidad de Titular de Datos Personales, entre los que se encuentran los siguientes: i) Conocer, actualizar y rectificar sus Datos Personales frente al Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Empleador salvo cuando la ley no lo requiera; iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus Datos Personales, por el Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; iv) Presentar ante las autoridades competente quejas por violaciones al régimen legal colombiano de protección de datos personales; v) Revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión de sus Datos Personales cuando la autoridad competente determine que el Empleador incurrió en conductas contrarias a la ley y a la Constitución, y vi) Acceder en forma gratuita a sus Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

Para los fines requeridos en la ley, el Empleador ha designado al área de Servicio al Cliente designada para el tratamiento de datos de los trabajadores y para la atención de los asuntos relacionados con la protección de los Datos Personales de los trabajadores. En consecuencia, el Trabajador puede comunicar cualquier asunto relacionado con sus Datos Personales a la siguiente dirección de correo electrónico talentohumano@amycia.com.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para la comprensión de la presente cláusula se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

Titular: Persona natural cuyos datos personales sean objeto de tratamiento.

Dato Personal: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.

Tratamiento: Cualquier operación o conjunto de operaciones sobre Datos Personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión.

Base de Datos: Conjunto organizado de Datos Personales que sea objeto de Tratamiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Trabajador bajo la gravedad de juramento declara que la información que ha suministrado al Empleador, desde la solicitud de empleo que en su momento diligenció o que suministró en entrevistas y demás procedimientos establecidos por el Empleador en su proceso de selección, es verídica. En consecuencia asume toda la responsabilidad a que hubiere lugar, en especial con la información que ha suministrado sobre sus afiliaciones al sistema de seguridad social integral no solo al ingreso sino también con ocasión de cualquier cambio de EPS o fondo de pensiones o cualquier traslado de régimen que llegare a realizar durante la vigencia del contrato de trabajo, responsabilidad que implica que si alguna información de la que suministre no coincidiere con los datos que aparecen en los registros del sistema de seguridad social, EPS o fondo de pensiones, tal hecho, es decir haber suministrado información errónea, es una falta grave y así lo ratifican las Partes y por ende constituye una justa causa para dar por terminado el contrato.

El Empleador es responsable por la correcta administración de las Bases de Datos Personales, lo cual incluye, entre otras, las siguientes obligaciones: i) garantizar el derecho constitucional de habeas data; ii) solicitar y conservar copia de la autorización dada por el Trabajador con el fin de guardar y usar sus Datos Personales; iii)Preservar la información bien asegurada con el fin de evitar la pérdida, adulteración y/o el acceso no autorizado; iv) actualizar y rectificar la información contenida en la Base de Datos Personales; y, v) para garantizar la privacidad de la información.

DÉCIMA SEGUNDA. – Terminación anticipada por causas asociadas al contrato principal

El trabajador acepta expresamente que la existencia y continuidad de la relación laboral depende de la vigencia y ejecución del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"**. En tal sentido, el empleador podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata y sin indemnización alguna, en los siguientes casos:

1. Suspensión, terminación, caducidad, resolución o liquidación anticipada del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O**

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO", por cualquier causa.Decisión unilateral de la entidad contratante o cliente del empleador que afecte la continuidad de la obra o labor para la cual fue contratado el trabajador.

En cualquiera de estos eventos, la finalización del presente contrato se entenderá ajustada a la modalidad de obra o labor determinada, sin que genere obligación de pago de indemnización alguna distinta de las prestaciones sociales a que hubiere lugar conforme a la ley.

DÉCIMA TERCERA. - TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO. El presente contrato de trabajo se podrá dar por terminado por mutuo acuerdo por escrito entre las Partes en cualquier instancia de su ejecución sin causar a favor del Trabajador el pago de compensación alguna.

DÉCIMA CUARTA. – TERMINACIÓN UNILATERAL. Causas de terminación: Son justas causas para que el Trabajador dé por terminado unilateral e inmediatamente el presente contrato de trabajo: a) El incumplimiento por parte del Empleador de las obligaciones contenidas en el presente contrato; y, b) Las establecidas en el Reglamento interno de Trabajo.

El Empleador podrá unilateral e inmediatamente dar por terminado el presente contrato:

(i) Si el Trabajador incumple con las obligaciones contenidas en el presente contrato; (ii) Las causas consagradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965, las cuales declara conocer; (iii) El incumplimiento de sus obligaciones legales y reglamentarias; (iv) El hecho de prestar el Trabajador directa o indirectamente servicios a terceros, o trabajar por cuenta propia en forma independiente, a menos que exista permiso previo escrito del Empleador; (v) La revelación de datos o informaciones no públicas consideradas por el Empleador como secretas, reservadas y/o confidenciales; (vi) El grave incumplimiento por parte del Trabajador, incluyendo pero sin limitarse a actos de desobediencia, deshonestidad, incumplimiento persistente o serio de sus funciones y negligencia; (vii) El que el Trabajador use su posición laboral o el buen nombre de la Compañía para afirmar o acreditar de cualquier manera una actividad o negocio personal o de un tercero; (viii) El que el Trabajador suministre al médico del Empleador informaciones inexactas al practicarse el examen de admisión o cualquier otro examen requerido; (ix) El hecho de que el Trabajador llegue embriagado o bajo los efectos de alcohol, drogas alucinógenas o narcóticas a su trabajo o los ingiera en el lugar de trabajo o durante el desempeño de sus funciones; (x) Que apueste o practique juegos de suerte y azar en las instalaciones del Empleador o durante la jornada laboral; (xi) El hecho que el Trabajador incurra como sujeto activo en conductas constitutivas de acoso laboral de acuerdo con la Ley 1010 de 2006, o promueva, tolere y/o sea permisivo con dicho tipo de conductas; (xii) Que no cumpla con las responsabilidades y funciones asignadas a su cargo o su desempeño sea deficiente para su cargo de acuerdo con las políticas de evaluación del Empleador; (xiii) El incumplimiento del Trabajador de las políticas y procedimientos del Empleador y/o los estándares de ética; (xiv) El incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones del Trabajador previstas en el Reglamento Interno de Trabajo del Empleador; (xv) La comisión por parte del Trabajador de cualquier acto deshonesto o fraudulento, o cualquier otro acto u omisión, que haya causado o pueda razonablemente esperarse que cause daño a los intereses o la reputación del negocio del Empleador; (xvi) La no asistencia puntual a su trabajo o al cumplimiento de sus obligaciones, sea en la sede principal del mismo o en los lugares a donde deba desplazarse para cumplir con sus labores, sin una excusa válida a juicio de la Compañía; (xvii) El hecho de que el Trabajador obtenga o dé dinero a título de préstamo, dádiva o prebenda a sus compañeros de trabajo, clientes y trabajadores de empresas clientes de la Compañía, proveedores de la Compañía o personas con las cuales se relacione por el desempeño de sus labores, o cuando solicite de las mismas personas o les ofrezca dinero, préstamos, dadivas o prebendas; (xviii)

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

Desacreditar en alguna forma al Empleador, con manifestaciones o actos encaminados a tal fin; (xix) Que el Trabajador en razón de sus funciones o vinculación laboral para cumplir o incumplir las labores asignadas, reciba, solicite o exija por cualquier medio dinero, regalo, dádiva o favor distinto de la remuneración salarial a la que tiene derecho en virtud del contrato de trabajo celebrado con el Empleador; (xx) Desatender o negarse a cumplir medidas de control establecidas por el Empleador para prevenir accidentes hurtos, estafas, o cualquier otro ilícito que puedan atentar contra el patrimonio del Empleador y/o de sus clientes; (xxi) Tener comportamiento irrespetuoso con sus superiores o desavenencias frecuentes con sus compañeros de trabajo y/o con los clientes del Empleador; (xxii) Cualquier falta u omisión grave en el manejo de los dineros, efectos de comercio y valores, elementos de trabajo y herramientas; (xxiii) Negarse a cumplir sin justa causa órdenes que en el desempeño de su oficio le imparta el Empleador, siempre y cuando las mismas tengan una relación directa con las labores encomendadas y no afecten la dignidad del Trabajador; (xxiv) Que el Trabajador comprometa las decisiones del Empleador para beneficiar intereses diversos a los del objeto que desarrolla el Empleador, en contradicción con las pautas o normas que el Empleador le señale, o en perjuicio de su patrimonio económico; (xxv) La utilización para fines distintos a la labor para la cual fue contratado el Trabajador o en general cualquier uso ilegal o inadecuado de la red de internet y de la cuenta de email dispuesta por la Compañía para el cumplimiento a cabalidad de las funciones del Trabajador; (xxvi) El uso o destinación de las herramientas de trabajo suministradas por el Empleador para labores ajenas y/o que no tengan relación de causalidad con la ejecución del presente contrato de trabajo suscrito con el Trabajador, al igual que la negligencia o inobservancia del deber de cuidado para con dichas herramientas; (xxvii) las demás contempladas como faltas graves en el Reglamento Interno de Trabajo.

DÉCIMA QUINTA. – ACUERDO TOTAL. El presente documento sustituye y deja sin efecto cualquier otro contrato o acuerdo, verbal o escrito, que se haya suscrito o ejecutado con anterioridad entre las Partes, en relación con la vinculación laboral del Trabajador.

DÉCIMA SEXTA. – MODIFICACIONES. Este contrato de trabajo podrá ser modificado en cualquier tiempo por el mutuo consentimiento de las Partes. Las modificaciones que de este contrato de trabajo se hagan, deberán constar por escrito y se integrarán a él. Se entiende que cada una de las Partes otorga su consentimiento con la firma del documento que modifique este contrato de trabajo.

DÉCIMA SÉPTIMA. – MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES LABORALES. El Trabajador acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el Empleador, en ejercicio de su poder subordinante, tales como turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación del servicio, el cargo u oficio y/o funciones, la forma de remuneración, los períodos de pago etc., siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

DÉCIMA OCTAVA. – DIRECCIÓN CONFIANZA Y MANEJO. Teniendo en cuenta la naturaleza de la labor y funciones encomendadas al Trabajador, su cargo implica realizar actos de dirección, confianza y manejo, lo cual es expresamente reconocido y aceptado por las Partes, razón por la cual el Trabajador queda excluido de la regulación sobre la jornada máxima legal de trabajo. En consecuencia, el Trabajador se obliga a trabajar durante el tiempo necesario para el cabal cumplimiento de sus obligaciones sin que por ello el Empleador esté obligado a reconocer y pagar horas extras o trabajo suplementario. Lo anterior sin perjuicio de cumplir los horarios mínimos en la jornada señalados por el Empleador.

DÉCIMA NOVENA. – INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la Ley y a la Jurisprudencia y será interpretado de buena fe, y en consonancia con el Código Sustantivo del

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

Trabajo cuyo objeto definido en su artículo 1º es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

VIGÉSIMA. – DESIGNACIÓN DE EPS. El Trabajador igualmente manifiesta que, para los efectos de afiliación y cotización al sistema de salud, selecciona a la empresa promotora de salud SURA. El Trabajador declara que no se encuentra afiliado a otra EPS.

VIGÉSIMAPRIMERA. –LEY APLICABLE. Este contrato estará sujeto a la ley colombiana y deberá ser interpretado de buena fe por las Partes.

En constancia se firma en BOGOTÁ, el 14/11/2025 en dos ejemplares del mismo tenor, uno para el Empleador y otro para el Trabajador.

El Empleador,

HERNANDO LANCHEROS
Representante Legal

El Trabajador,


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.162.920
AVELLANEDA GARCIA
APELLIDOS
ANTONIO
NOMBRES

Antonio Avellaneda
FIRMA

COPIA CONTROLADA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
REPRESENTANTE LEGAL
ALTURAS CUMBRE COLOMBIA SAS
NIT: 901 435 596- 3


FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
11-MAY-1986
BOGOTA D.C.
CUNDINAMARCA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
A-
M
SEXO
13-MAY-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1500150-00719420-M-1010162920-20150703 0044702133A 2 1263429815

CUMBRE COLOMBIA	ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN	Codigo: FRT-SST-030 Fecha: 06/2024 Version: 03

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA SAS

NOMBRE TRABAJADOR: ANTONIO AVELLANEDA GARCIA **CÉDULA:** 1.010.161.920

MOTIVO DE ENTREGA:

LEGAL	1	DESGASTE	2	DAÑO	3	PÉRDIDA	4

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO ENTREGADO (EPP) (Uno por casilla)	MOTIVO DE LA ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO	OBSERVACIONE
08/09/2025	2 Pantalones	1		
08/09/2025	2 camisas	1		
01/12/2025	2 Par guantes	1		
01/12/2025	1 Par botas	1		

DEFINICIONES SOBRE MOTIVO DE ENTREGA:

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cual

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Antonio Avellaneda CARGO Operativo C.C. 1001162920

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	10	01	26	1	1			1							1						1	1		1	Antonio Avellaneda
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 10/01/26 | LUGAR: CNE | HORA: DE 7:00 A 9:00am.

TEMA GENERAL: Inducción SST, Políticas, Reglamento, Plan de Emergencia, Riesgos SST.

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Cmdt W. Tovar H.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente SST

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David Ocampo	1001213379	Operativo	Cemtone	
2	Paola Cesar Ramirez	1071168183	Coord.	Cemtone	
3	Antonio Avellaneda	1010162930	Operativo	Cemtone	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Antonio Avellaneda

IDENTIFICADO CON C.C : 1010162920

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operativo

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Ac ies preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

fu. a presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 10/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Antonio Avellaneda	Gestión SST
FIRMA Antonio Avellaneda	FIRMA RESPONSABLE SST Gest.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Antonio Avellaneda	CARGO	Operativo
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Cumplir con políticas SST, reglamentos y requisitos SST
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Señales de Emergencia - Señales Preventivas.
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	- Participar en Capacitaciones - Reportar Actos y Condiciones Inseguras
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	- Biomecanicos - Fisicos
Escriba un ejemplo de acto inseguro	- Pasar por piso mojado - Pasar por sitio sin estar autorizado
Escriba un ejemplo de condición insegura	- Sitio sin estar señalizado - Andamio mal armado

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✓	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

Antonio Avellaneda.		10/1/2026	
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5.0	APROBÓ SI NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C., diciembre 16 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ANTONIO AVELLANEDA GARCIA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1010162920, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: JEIMY PAOLA TENJO IBAÑEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CHAPINERO
EMPLEADOR: CUMBRE COLOMBIA
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: ARL SURA

SECTOR ECONÓMICO: SERVICIOS CAPACITACION
FECHAS DE FORMACIÓN: 23/09/2024 a 23/09/2024
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 16 de 2025

CODIGO DE VERIFICACION Y AUTENTICACION

230924/1/C-REE9-18-17

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT: 901 139 753 - 4

CERTIFICADOS EN LA NTC 6072 POR BUREAU VERITAS CON CODIGO ONAC 09-CPR-008 Y CERTIFICADO CO21.01731
APROBADOS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO RES 4272 DEL 05062018 N° 08SE2018220000000020162
LICENCIA DE SERVICIOS SST 8989 DE 31/05/2021

GRUPO CUMBRE COLOMBIA - SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OTORGA LA:

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

A:

ANTONIO AVELLANEDA GARCIA

IDENTIFICADO CON: CC 1010162920

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL NIVEL DE CAPACITACION

REENTRENAMIENTO

BAJO ESTANDARES Y LINEAMIENTOS RESOLUCION 4272 / 2021

REALIZADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA DC, DURANTE EL 23/9/2024 A 23/9/2024

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE ***8 HORAS***

SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL: 24/09/2024 DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

Rosalba Garcia R.

ROSALBA GARCIA RUBIANO
REPRESENTANTE LEGAL
CEDULA: 23.779.061 DE MONIQUIRA

JEIMY PAOLA TENJO
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LICENCIA SST 9139 - 17/10/2023

~~DATOS COMPLEMENTARIOS RESOLUCION 4272 - MINISTERIO DE TRABAJO~~

REALIZADO PARA EMPRESA:	*CUMBRE COLOMBIA*	***NIT:***	*901 139 753 - 4*
	CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO		
REPRESENTANTE LEGAL:	*ROSALBA GARCIA*	***DOCUMENTO ID:***	*23779061*
AFILIACION DEL TRABAJADOR A RIESGOS LABORALES EN:	*ARL SURA*		

WWW.CUMBRECOLOMBIA.COM

Calle 71 # 21 - 44 Bogotá DC - Colombia I Móvil : 301 382 9000 I info@cumbrecolombia.com

EXAMENES	***ARL***	***ALTURAS***	***CONFINADOS***	***EQUIPOS***	***ANCLAJES***
MEDICOS	*REINVERSION*	*CURSOS*	*ESPACIOS*	*INSPECCION*	*INSTALACION*

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA



ANTONIO AVELLANEDA

CARGO: CEO - DIRECTOR OPERATIVO

CC: 1010162920
ARL: SURA
EPS: FAMISANAR
RH: A-
TELEFONO: 3132485483

www. cumbrecolombia.com

Este carnet es personal e intransferible, acredita a su titular como miembro de nuestra compañía.

Debe ser portado en un lugar visible dentro de las instalaciones.

En caso de pérdida se deberá reportar de inmediato a nuestra línea de atención.

+57 3132485483

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA

Medellín, 19 de Diciembre de 2025

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 CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1010162920	AVELLANEDA GARCIA ANTONIO	11/05/2018		130L0126	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10101629202535342472

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/12/2025 11:47:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.157.144.228, 192.230.104.3, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANTONIO AVELLANEDA GARCIA identificado(a) con CC1010162920 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: **30/06/2023**

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO TEUSAQUILLO**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 05 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANTONIO AVELLANEDA GARCIA, identificado(a) con C.C 1.010.162.920, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 06 de febrero de 2026.

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

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



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

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

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1010162920
Nombre	: *ANTONIO AVELLANEDA GARCIA*
Empresa/Contratante	: CUMBRE COLOMBIA
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901139753
Fecha de Afiliación a CCF	: 2018/05/12
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2018/05/12
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

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

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

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

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

Vigilado Supersubsidio

IPS CUMBRE SALUD OCUPACIONAL

NIT: 901128070-5

licencia de salud ocupacional RESOLUCION 3786 de 11/08/2020

Estamos ubicados en la calle 71 21-44 piso 1

CONTACTO Teléfono fijo: 300 10 94 • Teléfono móvil: 3216942297 - 3013829000

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



FECHA: 2025-04-26 09:23:01 **HORA INICIO:** 7:00

NOMBRE: ANTONIO AVELLANEDA GARCIA **DOCUMENTO:** CC 1010162920

EDAD: 38 Años 11 Meses 15 Dias

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA

CARGO: DIRECTOR OPERATIVO

TIPO DE EXAMEN **INGRESO:** ☐ **RETIRO:** ☐ **PERIODICO:** ☑ **ALTURAS:** ☑ **ESPACIOS CONFINADOS** ☑

EVALUACIONES Y/O PRUEBAS DIAGNOSTICO REALIZADAS

ANALISIS: La certificación de las condiciones de salud para realizar trabajos en alturas, está reglamentada por las Resoluciones 2346 de 2007 y 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo y establece que todo trabajador que vaya a realizar este tipo de tareas se debe realizar un Examen Médico Ocupacional para certificar la conformidad con los requisitos establecidos.

APTITUD PARA EL CARGO:

APTO PARA EL CARGO, APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS; PERIODICO SATISFACTORIO CONCEPTO SE EMITE CON BASE EN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EVALUACION MEDICA REALIZADA EL DIA DE HOY Y EN INFORMACION APORTADA POR EL TRABAJADORY/O EMPRESA CONTRATANTE/PACIENTE SIN LIMITACIONES NIRESTRICCIONESPARAELCARGO

AUDIOMETRIA: NORMAL

OPTOMETRIA / VISIOMETRIA: NORMAL

ESPIROMETRIA: CON HALLAZGO

EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL

PSICOLOGIA OCUPACIONAL: NO SE EXPLORA

COMPLEMENTARIOS: NO SE EXPLORA

LABORATORIO CLINICO: NORMAL

OTROS:

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES	SI/NO	RECOMENDACIONES	SI/NO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	SI	ACTIVIDAD FISICA	NO
PAUSAS ACTIVAS	SI	MANEJO DE CARGAS O POSTURAS	NO
HIGIENE POSTURAL	NO	REALIZACION PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO
RECOMENDACIONES DIETARIAS	SI	CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS	NO
MANEJO PSICOLABORAL	NO	REMITIR A LA EPS	NO
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	REMITIR A LA ARL	NO

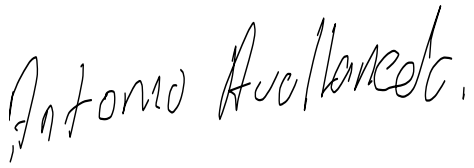
OTRAS :

PX. NIEGA PATOLOGÍAS E INGESTA DE MEDICAMENTOS AL MOMENTO DE LA CONSULTA. SE DETALLA ALPACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ASINTOMATICO, NO ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO, NIEGA ANTECEDENTES NEUROLOGÍCOS Y/O MENTALES O DE OTRA INDOLE QUE PUEDA COMPROMETER EL TRABAJO EN ALTURAS , ESPACIOS CONFINADOS Y TRABAJO EN CALIENTE; PRUEBAS PARA VERTIGO NEGATIVAS, NIEGA ACROFOBIA, NIEGA ANSIEDAD, NO CLAUSTROFOBIA; POR LO ANTERIOR PUEDE LABORAR NORMALMENTE PARA ALTURAS, ESPACIOS

CONFINADOS Y TRABAJO EN CALIENTE; SE INDICAN RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES ANUALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO OBLIGATORIO Y ADECUADO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICIÓN. ADECUADA HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA BALANCEADA CON DISMINUCION DE AZUCARES Y GRASAS YEJERCICIO DIARIO POR 30 MINUTOS).

RESTRICCIONES MEDICAS :

OBSERVACIONES:

MEDICO	FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR	HUELLA
		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mí, examen médico ocupacional registrado en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico. Entiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido sobre mi estado de salud.

CUMBRE COLOMBIA	CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS LABORALES	Código: FRT-SST-059
		Versión: 02
		Fecha: 11/8/2025

CARTA DE RECOMENDACIONES LABORALES

Nombre del funcionario: ANTONIO AVELLANEDA GARCIA
Fecha: 26/04/2025
CC: 1010162920
Cargo: DIRECTOR OPERATIVO

El compromiso de **CUMBRE COLOMBIA SAS** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento humano por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

EXAMEN MÉDICO PERIODICO
Realizado el 26 de abril de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan.

APTO PARA EL CARGO, APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS; PERIODICO SATISFACTORIO. PX. NIEGA PATOLOGÍAS E INGESTA DE MEDICAMENTOS AL MOMENTO DE LA CONSULTA. SE DETALLA ALPACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ASINTOMATICO, NO ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO, NIEGA ANTECEDENTES NEUROLOGÍCOS Y/O MENTALES O DE OTRA INDOLE QUE PUEDA COMPROMETER EL TRABAJO EN ALTURAS , ESPACIOS CONFINADOS Y TRABAJO EN CALIENTE; PRUEBAS PARA VERTIGO NEGATIVAS, NIEGA ACROFOBIA, NIEGA ANSIEDAD, NO CLAUSTROFOBIA; POR LO ANTERIOR PUEDE LABORAR NORMALMENTE PARA ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS Y TRABAJO EN CALIENTE; SE INDICAN RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALESANUALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO OBLIGATORIO Y ADECUADO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICIÓN. ADECUADA HIGIENE POSTURAL. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA BALANCEADA CON DISMINUCION DE AZUCARES Y GRASAS YEJERCICIO DIARIO POR 30 MINUTOS).

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico para que se dé el manejo recomendado, recuerde que debe hacerlo en un periodo no máximo a 30 días. Agradecemos, notifique al área de SST, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que la entidad desde SST realizará un seguimiento

Antonio Avellaneda.

Powered by CamScanner

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:57:23 horas del 27/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010162920,** Apellidos y Nombres **AVELLANEDA GARCIA ANTONIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **cumbre colombia**, con NIT **901139753-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

0 1 ABR 2018

CUMBRE COLOMBIA	FORMATO DE GESTION CONTRATACTUAL CUMBRE COLOMBIA SAS – NIT: 901 139 753 - 4			
	PROCEDIMIENTO: GESTION CONTRACTUAL			
	PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
	Código: Código: SIG – AF16	Versión: 01	Fecha: 30/03/2018	Página 1 de 3

CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO

Entre los suscritos, **ROSALBA GARCIA RUBIANO** mayor de edad, vecina de Bogotá. D.C., identificada con C.C. No. 23.779.061, expedida en Boyacá, quien actúa como representante legal de **CUMBRE COLOMBIA-CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SAS, NIT. 901.139.753-4** , quien para efectos del presente contrato se denomina **EL EMPLEADOR** por una parte y por la otra, **ANTONIO AVELLANEDA GARCIA** , mayor de edad, vecino (a) de Bogotá D.C., identificado con la C.C. # 1.010.162.920 expedida en Bogotá, quien para los efectos del presente documento se denominara **EL TRABAJADOR**, acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento interno de **EL EMPLEADOR**, y por las siguientes clausulas: **PRIMERA. – OBJETO**. **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR**, a ejecutar personalmente las labores que sean necesarias y en las anexas y complementarias para el cargo de **DIRECTOR OPERATIVO** de conformidad en el manual de función y organización o cualquier otro que **EL EMPLEADOR** le indique, de conformidad con las ordenes e instrucciones que imparta **EL EMPLEADOR** (Junta de Socios) o su representante. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las partes acuerdan expresamente que **EL TRABAJADOR** durante la vigencia de este contrato de trabajo, salvo autorización expresa y por escrito emitida por **EL EMPLEADOR**, no podrá prestar directa ni indirectamente sus servicios laborales a otros contratantes, en forma que afecte su salud y ocasione el desgaste de su organismo y esto le impida prestar eficazmente el servicio convenido en este contrato **PARAGRAFO SEGUNDO:** Los servicios contratados serán prestados por **EL TRABAJADOR** en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 71 No. 21-44 o en donde **EL EMPLEADOR** lo requiera, en caso de que se requiera que los servicios sean prestados en una sede diferente, se dará cumplimiento a las normas legales vigentes en el momento del traslado. **PARAGRAFO TERCERO:** El horario de trabajo será de lunes a sábado de 7:00 am a 5:00 pm y 1 domingo al mes. **SEGUNDA. DURACION** Las partes acuerdan que el presente contrato es a término indefinido, que rige a partir de la fecha de su firma. **PARAGRAFO PRIMERO:** Esta duración podrá ser modificada, por escrito y de común acuerdo por las partes o el contrato podrá darse por terminado, de acuerdo a lo establecido en las causales contenidas en el presente contrato. **TERCERA. – REMUNERACION. EL EMPLEADOR** pagara a **EL TRABAJADOR** a título de salarios, mensualmente la suma de **setecientos ochenta y un mil doscientos cuarenta y dos pesos m/cte. ($ 781.242)**. mas auxilio de transporte **ochenta y ocho mil doscientos once pesos m/cte. ($ 88.211)**. **PARRAGRAFO PRIMERO:** Las partes acuerdan expresamente, que cualquier beneficio adicional, en dinero o en especie, que reciba **EL TRABAJADOR** proveniente de **EL EMPLEADOR**, no será constitutivo de salario y en consecuencia no será tenido en cuenta para efectos de liquidaciones de prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones, aportes a la seguridad social o a la parafiscalidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 15 de Ley 50 de 1.990. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El pago de horas extras se efectuará cuando **EL EMPLEADOR** autorice previamente a **EL TRABAJADOR** la ejecución de labores que excedan del límite de la jornada máxima legal establecida en las normas legales aplicables. **CUARTA, - FORMA DE PAGO.** Las partes acuerdan que el valor del salario pactado en la cláusula anterior será cancelado a **EL TRABAJADOR** por quincenas vencidas. **QUINTA. - OBLIGACIONES ESPECIALES DEL EMPLEADOR-** Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL EMPLEADOR** se obliga a :1) Cubrir oportunamente el monto de los salarios en la forma estipulada; 2) Suministrar a **EL TRABAJADOR** todos los implementos necesarios para la prestaciones de sus servicios en forma eficaz, 3) Prestar toda la colaboración

001

Powered by CamScanner

01 ABR 2018

pertinente para optimizar las labores encomendadas a **EL TRABAJADOR**; 4) Guardar absoluto respeto a la dignidad de **EL TRABAJADOR**; 5) No deducir, retener o compensar suma alguna del monto del salario y prestaciones en dinero que correspondan a **EL TRABAJADOR** sin autorización previa escrita de este para cada caso o sin mandamiento judicial, con excepción de los casos autorizados por la ley. **SEXTA. – OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** – Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL TRABAJADOR** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones: 1) Realizar la labor contratada cumpliendo estrictamente los niveles de calidad, puntualidad, diligencia, cuidado y pericia que le señale el empleador o los que su oficio le imponga; 2) Obrar con plena observancia de principios éticos que exige su labor; 3) Seguir las directrices determinadas por **EL EMPLEADOR**; 4) Colocar al servicio de **EL EMPLEADOR**, toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de sus funciones y en las labores anexas, conexas y complementarias, observando los preceptos del Reglamento interno de trabajo y acatando y cumpliendo las ordenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR**, y sus representantes; 5) No presentarse al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes; 6) No faltar al trabajo sin justa causa de impedimento o permiso de **EL EMPLEADOR**; 7) No disminuir intencionalmente el ritmo de ejecución de trabajo, ni suspender labores, ni promover suspensiones intempestivas del trabajo o incitar a su declaración o mantenimiento, sea que participe o no en ellas; Cumplir con los controles establecidos para la entrada y salida del personal y objetos en forma estricta, según las políticas fijadas por **EL EMPLEADOR** y sus representantes; 8) Observar las normas y prescripciones sobre salud ocupacional que deban observar los trabajadores, de acuerdo con el trabajo que desempeñen; 9) No descuidar ni abandonar el lugar de trabajo, para realizar actividades diferentes a la derivadas del cumplimiento del objeto previsto en el presente contrato; Cumplir con las indicaciones contenidas en el manual de funciones elaborado por **EL EMPLEADOR**, el cual **EL TRABAJADOR** declara conocer y aceptar. **RESPONSABILIDADES DEL DIRECTOR DE OPERACION.** El director de operación del centro de capacitación y entrenamiento es responsable de: 1) Proporcionar todos los recursos necesarios para implementar lo establecido en la presente norma; 2) Evaluar anualmente el desempeño de capacitación y entrenamiento; 3) Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Resolución, aun cuando el centro de capacitación y entrenamiento emplee personal, infraestructura o equipos externos, bien sea a través de la subcontratación, alianzas, convenios o cualquier otra forma de asociación. 4) Asegurar la disponibilidad de la información referente al centro de capacitación y entrenamiento, cuando así se requiera, especialmente la expedición de los certificados de formación. 5) Comunicar cualquier modificación del centro relacionada con esta norma al Ministerio de trabajo. **SEPTIMA. TERMINACION.** El presente contrato se termina con justa causa y sin indemnización de perjuicios para ninguna de las partes: a) Por las causas establecidas en la legislación laboral vigente, b) por la culminación total de la labor contratada en el presente contrato, c) por la imposición jurídica, material o económica de ejecutar total o parcial de manera definitiva o temporal, la labor pactada en el presente contrato, d) por la violación de una de las obligaciones contempladas en este contrato o en el Reglamento interno de Trabajo. **PARAGRAFO PRIMERO.** – De manera específica, las partes acuerdan que **EL EMPLEADOR** podrá terminar unilateralmente el presente contrato con justa causa y sin indemnización de perjuicios, cuando **EL TRABAJADOR** incurra en alguna de las conductas previstas en la Ley como justa causa o cuando se presente alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación, aun por la primera vez, por considerarse como falta grave a) Cuando **EL TRABAJADOR**, no cumpla adecuadamente con las obligaciones establecidas en la cláusula sexta de este contrato, b) Cuando **EL EMPLEADOR** a su juicio estime que **EL TRABAJADOR** no posee o no aplica los

001

Powered by CamScanner

0 1 ABR 2018

conocimientos suficientes para la programación, ejecución y/o labores asignadas; c) La no asistencia puntual al trabajo por parte de **EL TRABAJADOR**, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR** por dos veces dentro de un mismo mes calendario. D) Las repetidas desavenencias de **EL TRABAJADOR** con sus compañeros, e) El hecho que **EL TRABAJADOR** se presente en estado de alicoramiento a sus labores, aun por la primera vez. f) El hecho que **EL TRABAJADOR** abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores. g) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR**, salvo fuerza mayor o caso fortuito. h) El manejo con deficiente calidad u oportunidad por parte **EL TRABAJADOR**, de los instrumentos de trabajo puestos a su disposición: i) El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR**, de las normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial del EMPLEADOR; j) La violación por parte de **EL TRABAJADOR**, infracción o incumplimiento del contrato, reglamento y/o manual de convivencia de **EL EMPLEADOR;** k)NO ingerir dentro de las instalaciones de **EL EMPLEADOR**, bebidas alcohólicas o embriagantes o sustancias narcóticas o toxicas de cualquier clase, o elementos solidos o líquidos de directa o indirectamente produzcan o induzcan estados que de cualesquiera manera constituyan alteración del ánimo o la conciencia, presentarse a las referidas instalaciones bajo los efectos de las mismas, así como recomendar, patrocinar o promover, por si o por interpuesta persona, entre sus compañeros de trabajo o demás personal del establecimiento, tales conductas. **OCTAVA: JORNADA DE TRABAJO:** La jornada de trabajo que rige el presente contrato es la máxima establecida en la legislación laboral vigente la cual **EL TRABAJADOR** deberá cumplir que **EL EMPLEADOR** le señale. **PARAGRAFO PRIMERO:** En cualquier caso, por acuerdo expreso o tácito de las partes podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T. modificado por el artículo 23 de la ley # 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las sesiones de la jornada no se computan dentro de la misma según el artículo 167 del mismo código. **PARAGRAFO SEGUNDO: EL EMPLEADOR,** por razones de índole administrativa o de funcionamiento, podrá disminuir las horas de trabajo y, proporcionalmente, el sueldo devengado, pero ello no implica su renuncia a exigir el cumplimiento de la jornada máxima laboral cuando en su criterio ello sea necesario. **PARAGRAFO TERCERO:** En caso que **EL TRABAJOR** requiera ausentarse de su lugar de trabajo deberá avisar por lo menos con 24 horas de anticipación a **EL EMPLEADOR**. Se exceptúan de esta disposición, las ausencias del trabajador originadas en grave calamidad domestica debidamente comprobada. **NOVENA: SEGURIDAD SOCIAL:** De manera expresa, **EL TRABAJADOR** autoriza los descuentos de las sumas que legalmente le corresponden como cotización para las entidades de seguridad social. **DECIMA. PERIODO DE PRUEBA: EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** acuerdan un periodo de prueba, cuya duración es equivalente a dos meses, contado desde la fecha de firma del presente contrato. **DECIMA PRIMERA** las partes manifiestan que reconocen la validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato de trabajo que es el único vigente entre ellas reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior.

Para constancia se firma el presente contrato en Bogotá, el día 01 de Abril de 2.018, en dos ejemplares de idéntico tenor.

Powered by CamScanner

0 1 ABR 2018

CUMBRE COLOMBIA	FORMATO DE GESTION CONTRATACTUAL CUMBRE COLOMBIA SAS – NIT: 901 139 753 - 4			
	PROCEDIMIENTO: GESTION CONTRACTUAL			
	PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
	Código: Código: SIG – AF16	Versión: 01	Fecha: 30/03/2018	Página 4 de 3

Rosalba Garcia R

EMPLEADOR
ROSALBA GARCIA RUBIANO
REPRESENTANTE LEGAL
CUMBRE COLOMBIA
C.C. No. 23 779 061

Antonio Avellaneda

TRABAJADOR
ANTONIO AVELLANEDA GARCIA

C.C. No. 1010 162 920.

CUMBRE COLOMBIA NIT 901139753-4

TESTIGO
C.C. No.

TESTIGO
C.C. No.

001

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.013.606.120
NUMERO

BARRETO OLMOS
APELLIDOS

LINA MARCELA
NOMBRES

CONSULTA AMYCIASAS

Lina Barreto Olmos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1989
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

14-AGO-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

CONSULTA AMYCIASAS

P-1500115-47163958-F-1013606120-20071020 0066207293Q 02 239095824

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Lina M. Barreto | CARGO Inspector obra | C.C. 1013606120

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	10	12	25	X	X			X							X						X	X		X	Lina M. Barreto
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO Lina Barreto Olmos	CARGO Residente-Inspector
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE C. Nueva Esperanza	NOMBRE DEL CONTRATISTA

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Mitigar velar por la seguridad y salud de los trabajadores	0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Advertencia prohibición, obligación emergencias.	0.42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Identificación, Riesgos Peligrosos	
	Charlas, capacitación.	0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Alturas, caida de objetos, Golpes	
	Fracturas Contusiones Herto	0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No ponerse el casco	
		0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	Desnivel del Piso	
		0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓	0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓		0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✓		0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	✓		0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓	0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓	0.42

Lina Barreto Olmos	Yudica Andrea	02/12/2025
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA 50	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

Powered by CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Lina Marcela Barreto

IDENTIFICADO CON C.C : 1013606120

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Inspector de Obra

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI X	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI X	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI X	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI X	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado . falta de tableros de control
SI X	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI X	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI X	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI X	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI X	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI X	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI X	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 1/12/25 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Lina M. Barreto	GWOTA
FIRMA: Lina Barreto Olmo.	FIRMA RESPONSABLE SST: Gwot.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 04/12/2025 LUGAR: Oficina Consorcio Nueva Esperanza. HORA: DE 10:00am 12:00pm

TEMA GENERAL: Inducción · SST

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Ged. Wilson Tovar Hernandez.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente. SST.

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	JUAN CARLOS GARZON	79386902	DIRECTOR	C. NVA ESPERANZA	
2	Lina Patricia Davila	1013604[illegible]	Ingeniera Ambiental	C. Nueva Esperanza	
3	Liz Elena Chacon	1013594315	Inspector	C Nueva Esperanza	
4	Ged Wilson Tovar H	79532132	R. SST	CNE.	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

LINA MARCELA BARRETO OLMOS

Con identificación Nº. **1013606120**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **8** horas realizadas en Bogotá
Desde **3 de diciembre de 2025** hasta el día **3 de diciembre de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC**

NIT **902002156-1**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **COLMENA**

Representante Legal **LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **3 de diciembre de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
AV. CRA 68 N° 11-20, BOGOTÁ

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N° **de Licencia *25 -0937 DE 2018***

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1209521	
RAZON SOCIAL	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	
IDENTIFICACION:	NI 902002156	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
104343305	2025-11-27	CC 1013606120
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
BARRETO OLMOS	LINA MARCELA	1989-8-8
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CR 68 D 40 SUR 58	bogota	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	LINAEDC@GMAIL.COM	7617188
Celular	**Sexo**	
3143148884	Femenino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Residente Inspector	$3,800,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	OPERATIVO	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2025-11-27	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Lina Marcela Barreto Olmos, identificado(a) con CC número 1013606120, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013606120
NOMBRES Y APELLIDOS	Lina Marcela Barreto Olmos
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/08/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	12/11/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	252 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	16 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	03/09/2025
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901523695 CONTRUCCIONES NYM SAS Desde 18/09/2025 - Vigente N.I.T. 900571824 INGENOVA ING SAS Desde 10/03/2025 Hasta 31/08/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1013606120 LINA MARCELA BARRETO OLMOS Desde 01/02/2025 Hasta 28/02/2025N.I.T. 901746852 CONSORCIO SAN PEDRO Desde 13/10/2023 Hasta 30/11/2024

Generado por interfaces 10/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LINA MARCELA BARRETO OLMOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013606120,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2017** 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 11 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 24 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 24/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1013606120
Nombres y Apellidos	LINA MARCELA BARRETO OLMOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 902002156
Razón Social Empleador	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HI
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	14/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	24/11/2025
Cargo	residente de obra
Horas Labor Mes	176
Sueldo básico	$ 3800000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

AxyvgbAKS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Sede 103
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-13 07:39 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-13 09:57 a. m.
No. Ingreso:	641740	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	LINA MARCELA BARRETO OLMOS	**Identificación:**	CC 1013606120
Cargo:	INSPECTORA DE OBRA	**Ocupación:**	Empleado
Fecha de Nacimiento:	08 ago. 1989	**Edad:**	36 Años
Sexo:	Mujer	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**	**Estado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Normal	Realizado
Espirometría	Normal	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Normal	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Normal	Realizado
Laboratorios	**Resultado**	**Estado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Normal	Realizado
Perfil Lipidico	Normal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EVALUACION SATISFACTORIA

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- DIETA BAJA EN GRASAS Y FRITOS
- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial

Salud Ocupacional Los Andes

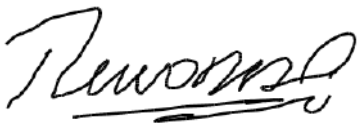
Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

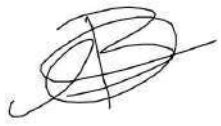
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: RODRIGO HERNAN MORA CARREÑO
Identificación: CC 19133340
Reg. Médico: 19133340
Licencia Ocupacional: 11576 de 2021



Paciente: LINA MARCELA BARRETO OLMOS
CC: 1013606120

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, noviembre 13 de 2025

Señora
LINA MARCELA BARRETO OLMOS
Ciudad Bogotá

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de la CLINICA SALUD OCUPACIONAL LOS ANDES, realizado el día 13 de noviembre de 2025, done generaron los conceptos de recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- DIETA BAJA EN GRASAS Y FRITOS
- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

Seguridad y Salud en el Trabajo

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

Firma de recibido:

Lina Marcela Barreto Olmos
CC: 19260302

Powered by CamScanner

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:58:21 horas del 19/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1013606120,** Apellidos y Nombres **BARRETO OLMOS LINA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR

Nombre del empleador:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA
NIT No.	9 0 2 0 0 2 1 5 6 -1
Domicilio del empleador:	76 N 28ª 31
Nombre del trabajador:	LINA MARCELA BARRETO OLMOS
Domicilio del trabajador:	Calle 75 b n 102 – 25
Número de Identificación:	1.013.606.120
Fecha de nacimiento:	08/AGO/1989
Cargo:	RESIDENTE DE OBRA
Sede de trabajo:	BOGOTÁ
Fecha de inicio y finalización:	*14/11/2025*

Entre quienes suscriben a saber: HERNANDO IBAÑEZ LANCHEROS, quien obra en nombre y representación de la compañía CONSORCIO NUEVA ESPERANZA, quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Empleador" o la "Compañía", de una parte, y de la otra **LINA MARCELA BARRETO OLMOS,** mayor de edad, identificado **1.013.606.120** como aparece al pie de su firma quien obra en su propio nombre y quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Trabajador"; el Empleador y el Trabajador quienes se denominarán conjuntamente como las "Partes", hemos convenido suscribir el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regulado de manera general por las normas laborales y contenido de manera especial en las siguientes cláusulas.

Las Partes adquieren los derechos y contraen las obligaciones que el presente contrato y la legislación colombiana les imponen, de acuerdo con las siguientes cláusulas.

PRIMERA. – OBJETO, FECHA DE INICIO DE LABORES Y DURACIÓN. Las Partes acuerdan que el presente contrato de trabajo se celebra bajo la modalidad de duración de obra o labor determinada, conforme al artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo, en razón de que el(la) trabajador(a) prestará sus servicios única y exclusivamente para la ejecución del Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO", que se desarrolla en 1. SUBA 2. USAQUEN 3. CHAPINERO 4. CANDELARIA 5. SANTAFE 6. ENGATIVA cuyo objeto es y cuya ejecución constituye la causa directa de la vinculación laboral.

En consecuencia, la duración de este contrato de trabajo estará supeditada a la permanencia, vigencia y necesidades del Contrato 18/11/2026. El contrato de trabajo terminará automáticamente, sin lugar a indemnización alguna, una vez concluya la obra o labor objeto del contrato principal, sin que sea necesario preaviso alguno por parte del empleador.

La duración del presente contrato corresponde al tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, señalada dentro del presente contrato, de conformidad con el artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo. Las partes acuerdan un período de prueba de DOS MESES (60) días, que no es superior a la quinta parte del término inicialmente previsto para la duración de la obra, ni excede de dos (2) meses. La terminación del contrato de trabajo durante el período de prueba no dará lugar a indemnización alguna por dicha terminación.

El Trabajador desempeñará en forma exclusiva todas las funciones inherentes y complementarias al cargo de **INGENIERA RESIDENTE- INSPECTORA**, las cuales han sido comunicadas por el Empleador al Trabajador, y el Trabajador declara conocer y aceptar, las cuales podrán ser modificadas, complementadas o adicionadas por el Empleador.

El Trabajador reconoce y acepta que por comisión o delegación de funciones, además de prestar sus servicios directamente para el Empleador, podrá llegar a prestar servicios en favor de empresas relacionadas, sus accionistas, subsidiarias, vinculadas y/o terceros, de conformidad con los convenios de colaboración, acuerdos o contratos que el Empleador llegare a celebrar para tal fin, sin que ello implique la existencia de una relación laboral adicional o distinta a la regulada por el presente contrato de trabajo o sin que esto implique coexistencia de contratos.

SEGUNDA. – SEDE DE TRABAJO. El Trabajador tendrá su sede principal de trabajo en la 76 N 28ª 31 en la ciudad de BOGOTÁ. Sin embargo, conforme a las funciones propias del cargo de **INGENIERA RESIDENTE- INSPECTORA**, el Trabajador prestará sus servicios en el lugar en que, de acuerdo con las actividades inherentes a dicho cargo, se consideren convenientes o necesarias, y en todo caso, en los lugares en que la Compañía le indique. Es entendido que cualquier traslado que llegare a presentarse es de obligatoria aceptación para el Trabajador, quien conoce plenamente la naturaleza de las actividades de las Compañía y la necesidad que esta tiene de efectuar actividades en diferentes lugares dentro del territorio colombiano. Teniendo en cuenta esta situación las Partes expresamente manifiestan que el presente contrato de trabajo se regirá siempre por las disposiciones legales colombianas.

TERCERA. – REMUNERACIÓN. SALARIO ORDINARIO. Las partes acuerdan un salario que se compondrá de la siguiente manera:

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

Un salario ordinario fijo bruto mensual, equivalente a la suma de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL ($3.800.000), dentro de la cual se encuentra incluida la remuneración de todas las actividades desarrolladas por el Trabajador atadas a la jornada ordinaria de trabajo. Aunque el Trabajador se encuentre excluido de las aplicaciones de jornada, en caso de que existan recargos, estos se calcularán únicamente con la porción de salario fijo bruto antedicha.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las Partes acuerdan expresamente que en el evento en que el Trabajador reciba comisiones o cualquier otro tipo de salario variable, el 82.5% constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante está destinado a remunerar los descansos obligatorios de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando por causa emanada directa o indirectamente de la relación contractual existan obligaciones de cualquier tipo a favor del Empleador y a cargo del Trabajador, el Empleador podrá efectuar las deducciones a que hubiere lugar, en cualquier tiempo y/o al momento de la terminación del presente contrato de cualquier suma que el Trabajador adeude al Empleador. Así lo autoriza y consiente de antemano el Trabajador, entendiendo expresamente las Partes que la presente autorización cumple las condiciones de orden previa y escrita aplicable para cada caso.

CUARTA. – PERÍODO Y FORMA DE PAGO. El salario ordinario fijo bruto acordado en la CLÁUSULA TERCERA de este contrato será pagado en mensualidades vencidas. Los pagos laborales serán cancelados, mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del Trabajador registrada en la Compañía para el pago de su nómina.

QUINTA. – BENEFICIOS EXTRALEGALES. De conformidad con el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, las Partes acuerdan que toda prestación, bonificación, subsidio, beneficio o auxilio, que no obstante lo estipulado anteriormente reciba o llegue a recibir el Trabajador y/o sus familiares, en dinero o en cualquier especie, habitual u ocasionalmente, que exceda en cualquier forma o por cualquier causa el salario expresado en la cláusula tercera, no constituyen salario y, en consecuencia, no serán tenido en cuenta para efectos de calcular el valor de las prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones y, en general, para el pago de cualquier otra acreencia de carácter laboral y/o en materia de seguridad social y parafiscales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Todos los beneficios extralegales que reciba el Trabajador estarán sujetos a las políticas y condiciones fijadas por el Empleador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Empleador le otorgará al Trabajador un computador

SEXTA. – DEDUCCIONES OBLIGATORIAS. Las Partes acuerdan que, salvo acuerdo escrito en contrario, todas las cantidades, pagos, salarios, prestaciones sociales, y beneficios que se mencionan en este contrato, así como las remuneraciones, ingresos y beneficios que el Trabajador perciba en el futuro con motivo de la relación laboral con el Empleador serán

cantidades brutas. En consecuencia, en caso de ser procedente, el Empleador efectuará las retenciones y deducciones legales por retenciones en la fuente, aportes al Sistema General de Seguridad Social, se descontarán los días no trabajados, y en general, realizará los descuentos ordenados por ley o judicialmente, además de los descuentos que acuerden las Partes por escrito.

SÉPTIMA. – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. Las obligaciones del Trabajador incluirán, entre otras, las actividades necesarias para el desempeño de las funciones inherentes al cargo de ING RESIDENTE, así como el cumplimiento de las obligaciones que establezca la ley, el Reglamento de Trabajo o el Empleador, a saber: 1) Poner al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el Empleador o sus representantes; 2) Observar y cumplir con las reglas, políticas, código de conducta, procedimientos operacionales, guías, directrices, etc. del Empleador y/o su casa matriz siempre y cuando éstas sean legales y exigibles dentro del derecho colombiano; 3) Observar en sus relaciones con el público o con quienes solicitan sus servicios la consideración y cortesía debidos; 4) A trabajar en el desempeño de su labor con sujeción a la ley, el Reglamento de Trabajo, las políticas del Empleador e insistir en el cumplimiento de los procedimientos operativos del Empleador; 5) No prestar directa ni indirectamente servicios a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia, ni invertir o participar directa o indirectamente en empresas que se dediquen a la misma rama de negocios que el Empleador durante la vigencia de este contrato; 6) El Trabajador no podrá negociar ni invertir en el negocio del Empleador o sus empresas relacionadas, ni en los negocios en los que cualquiera de estas inviertan o lleven a cabo; 7) El Trabajador se obliga a no negociar ni realizar inversiones con los clientes del Empleador ni con empresas relacionadas con estos. El Trabajador acepta y se compromete a no negociar en su interés o beneficio, en momentos o maneras que conozca o deba conocer que es posible que puedan generar un efecto negativo adverso a los intereses particulares de alguno de los clientes del Empleador; 8) El Trabajador se abstendrá de recibir o aceptar de terceros beneficios, ganancias, dádivas, créditos, ventajas financieras, regalos, oportunidades para hacer, recibir o incrementar cualquier ganancia o ingreso o para reducir cualquier pérdida o gasto, y en general cualquier servicio, ayuda, sistema o información, que puedan generar un conflicto de intereses con el Empleador, y empresas relacionadas con este, con sus funciones, o con cualquiera de sus clientes. En todo caso, el Trabajador se obliga a reportar inmediatamente y por escrito al Empleador toda transacción en su interés permitida o autorizada; 9) Prestar el servicio a que el presente contrato se refiere en el lugar indicado por el Empleador; 10) Respetar las costumbres locales y tener un alto estándar de conducta moral y ética; 11) Guardar la reserva que requieren los asuntos relacionados con su trabajo, en razón de su naturaleza o en virtud de instrucciones especiales, aún después de haber terminado el contrato de trabajo, sin perjuicio de denunciar cualquier hecho delictuoso que perjudique al Empleador; 12) Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de su trabajo al desempeño de las funciones que le han sido encomendadas; 13) Reasumir sus funciones al vencimiento de las licencias, permisos, vacaciones, etc.; 14) Dar cumplimiento esmerado a la ejecución del trabajo asignado tanto cualitativa como cuantitativamente; 15) Acatar con

fidelidad las órdenes de sus superiores respecto del trabajo encomendado; 16) Tener decoro y corrección en su comportamiento, respeto a sus superiores, compañeros y subalternos; 17) Responder de la manera más rigurosa y darle un uso acorde con el trabajo a los documentos, útiles, equipos, materias primas, insumos, tarjetas de crédito, muebles y bienes asignados con ocasión de sus funciones, para el desempeño de su trabajo o confiados para su guardia o custodia, ninguno de los cuales podrá ser retirado o utilizado para un fin distinto al trabajo bajo ningún pretexto sin la autorización previa y expresa de la persona competente; 18) Participar en las actividades programadas por el Empleador para la capacitación, desarrollo e instrucción del personal; 19) Cumplir correctamente el horario de trabajo; 20) Abstenerse de poner en peligro, por actos u omisiones, la seguridad de las personas o de los bienes del Empleador o de los bienes de terceros confiados al mismo; 21) Dar cumplimiento oportunamente a las prescripciones que para seguridad de los locales, equipos, operaciones o los dineros y/o valores del Empleador; 22) No retener, distraer, apoderarse o aprovecharse en forma indebida de dineros, valores o bienes que por razón o con ocasión de sus funciones le hayan confiado u asignado; 23) No permitir voluntariamente o por culpa, que otras personas lleguen a tener conocimiento de claves, datos o hechos de conocimiento privativo del Empleador, de sus clientes, o de determinados empleados del mismo; 24) No dedicarse en el sitio de trabajo al manejo de negocios particulares o realizar en cualquier momento actividades de comercio o similares a las del Empleador; 25) No realizar operaciones o desempeñar funciones cuya ejecución este atribuida expresa e inequívocamente a otro trabajador del Empleador, salvo en el caso de necesidad efectiva e inaplazable, y previa orden de un superior; 26) Abstenerse de cualquier actitud en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del Empleador; 27) Cumplir con todas las leyes y reglamentos de Colombia, especialmente las relativas a moneda, mercado negro, y el uso y consumo de drogas y alcohol; 28) Usar adecuada y/o diligentemente la totalidad de los equipos, aplicativos, claves de acceso y elementos que hacen parte del puesto de trabajo y/o que le fueron encomendados al Trabajador; 29) Asistencia y puntualidad a todas las jornadas de capacitación y entrenamiento que el Empleador considere necesarias para mantener y/o mejorar el nivel de conocimientos requerido para el adecuado desempeño de sus labores; 30) Abstenerse de usar, instalar o permitir que se use o se instale en cualquier computador del Empleador, o que esté bajo la responsabilidad del Empleador, todo software o hardware que no cumpla con los requisitos de licencia y/o respeto a los derechos de autor; 31) Utilizar los equipos, vehículos y/o herramientas de propiedad o de uso de la compañía con la observancia de las normas de seguridad incluyendo la seguridad informática en sistemas, en especial, no dar a conocer la clave secreta de acceso o *password* ni manipular o alterar en cualquier forma la información que repose en la base de datos de la compañía.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Coordinar y supervisar directamente la ejecución técnica de las actividades de construcción, garantizando el cumplimiento de los planos, especificaciones técnicas, normas de calidad, seguridad y ambientales, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico SDIS y el Programa de Aseguramiento de la Calidad (PAC).

2. Responder por el control técnico diario, la planeación operativa, el registro de avances y la verificación de la calidad en la ejecución de todos los frentes de trabajo.
3. Dirigir las actividades en campo, coordinado los equipos de trabajo, verificando la correcta aplicación de materiales y procedimientos constructivos y garantizando la trazabilidad de los registros técnicos y de calidad, reportando lo pertinente al director de obra.
4. En coordinación con el director de obra, elaborar el plan de trabajo semanal y diario.
5. Programar las actividades de obra según el cronograma de trabajo y los recursos disponibles para el efecto.
6. Coordinar el uso de equipos, materiales, personal y herramientas necesarias para cada frente.
7. Asegurar la disponibilidad oportuna de planos, diseños y especificaciones técnicas en campo.
8. Supervisar diariamente la correcta ejecución de las actividades constructivas conforme a los planos aprobados
9. Verificar la calidad de los materiales, las dimensiones, niveles, alineaciones y tolerancias
10. Validar los procedimientos constructivos y en coordinación con el director de obra, aprobar los métodos propuestos por los contratistas
11. Validar que las actividades cumplan con las normas técnicas vigentes (NSR-10, RETIE, RAS, NTC).
12. Reportar de inmediato al director de obra cualquier desviación o situación que afecte el cumplimiento del contrato.
13. Abstenerse de aceptar dádivas de los contratistas vinculados al proyecto y reportar de manera inmediata al director de obra y al gerente del proyecto cualquier situación relacionada con este aspecto
14. Coordinar las actividades de control de calidad de materiales, mezclas, concretos, soldaduras, impermeabilizaciones, entre otros.

15. Diligenciar los formatos de control y verificación establecidos por el Plan de Calidad
16. Supervisar la ejecución de ensayos de laboratorio y conservar los certificados de cumplimiento, así como los certificados de calidad de los materiales utilizados en cada una de las actividades.
17. Participar en auditorías internas y revisiones de la Interventoría o SDIS.
18. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo (PSST).
19. Apoyar los procesos de verificación del uso de Elementos de Protección Personal (EPP) y las condiciones seguras de operación.
20. Apoyar al Residente Ambiental en la aplicación de las medidas del Plan de Gestión Ambiental (PGAO).
21. Reportar cualquier condición o acto inseguro, incidente o derrame ambiental.
22. Mantener actualizada la bitácora de obra con los avances diarios, visitas, ensayos, observaciones y decisiones técnicas.
23. Elaborar informes semanales y mensuales de avance físico y de calidad, con soporte fotográfico y mediciones.
24. Custodiar los planos "as built", formatos, actas, certificados y registros de control.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

25. Asegurar la trazabilidad documental y el respaldo de la información técnica en formato físico y digital.
26. Participar en reuniones de obra y comités técnicos, aportando información actualizada sobre avances y requerimientos.
27. Comunicar oportunamente al equipo de campo las instrucciones, observaciones y ajustes emitidos por la Interventoría o SDIS.
28. Apoyar la preparación de la documentación técnica de cierre del contrato.
29. Coordinar la ejecución de actividades de terminación, limpieza, acabados y entrega de zonas intervenidas.
30. Verificar que todos los registros técnicos y de calidad estén completos y firmados antes de la entrega final.
31. Verificar las cantidades de obra ejecutadas por los contratistas y elaborar las correspondientes memorias de cálculo

32. Apoyar el proceso de liquidación del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: El Trabajador se compromete a desempeñar sus funciones, según los requerimientos del negocio y del servicio para el que sea asignado, de acuerdo con los convenios de colaboración suscritos por el Empleador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Al presente contrato de trabajo se incorporan en lo que sean compatibles con el mismo, las disposiciones del Reglamento Interno de Trabajo.

OCTAVA. - EXCLUSIVIDAD DE LOS SERVICIOS. Durante la vigencia de la relación laboral, el Trabajador se obliga expresamente a prestar sus servicios exclusivamente al Empleador. El Trabajador se obliga a no desarrollar actividades que sean similares o análogas a las previstas en el presente contrato, a menos que el Empleador lo autorice por escrito. El incumplimiento de la presente cláusula será considerado como una falta grave y, por lo tanto, justa causa de terminación del contrato de trabajo por parte del Empleador.

NOVENA. - INVENCIONES Y DESCUBRIMIENTOS. Las nuevas creaciones, invenciones, desarrollos intelectuales o descubrimientos realizados por el Trabajador durante la prestación de sus servicios al Empleador pertenecerán a este último, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 539 del Código de Comercio y el Artículo 23 de la Decisión 486 de la Comisión de la Comunidad Andina. En consecuencia, tendrá el Empleador el derecho de patentar o registrar ante las autoridades competentes, a su nombre o a nombre de terceros, tales inventos o descubrimientos, respetándose el derecho del Trabajador a ser mencionado como inventor en el caso de las patentes, si así lo desea, de conformidad con el Artículo 24 de la Decisión 486 de la Comisión la Comunidad Andina. Sin embargo, el Trabajador acuerda facilitar el cumplimiento oportuno de las formalidades y trámites requeridos para los fines de la presente cláusula, y acuerda dar su firma o extender, de manera oportuna, los poderes y documentos que sean necesarios para lograr el fin mencionado. Las Partes expresamente convienen que el presente contrato de trabajo constituye cesión de todos los derechos económicos sobre los desarrollos intelectuales e invenciones realizados por el Trabajador y

podrá ser utilizado para el registro o la obtención de la patente respectiva. Nada de lo estipulado en la presente cláusula obliga al Empleador al pago de compensación alguna al Trabajador.

DÉCIMA. – DERECHOS DE AUTOR. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 28 de la Ley 1450 de 2011, todos los derechos patrimoniales sobre las obras creadas por el Trabajador en cumplimiento del presente contrato de trabajo se considerarán automáticamente transferidos al Empleador. Dicha transferencia tendrá término indefinido y comprenderá todas las modalidades de explotaciones conocidas o por conocerse y se extenderá a todo el mundo. La duración de la transferencia será por el máximo término determinado por ley.

DÉCIMA PRIMERA. – TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para que, directamente o a través de sus trabajadores, consultores, asesores y/o terceros encargados del Tratamiento de Datos Personales, bien sea en Colombia o en el exterior, lleven a cabo cualquier operación o conjunto de operaciones tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia y transmisión sobre sus Datos Personales, entendidos como cualquier información vinculada o que pueda asociarse con el Trabajador, para el cumplimiento de los fines del Empleador, que incluyen, pero no se limitan, al cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales del Empleador con terceros, la debida ejecución de este contrato, el cumplimiento de las políticas internas del Empleador, el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias del Trabajador, la administración de sus sistemas de información y comunicaciones, la generación de copias y archivos de seguridad de la información en los equipos proporcionados por el Empleador, el ofrecimiento de beneficios extralegales por el Empleador al Trabajador, el control y prevención por parte del Empleador de fraudes y lavado de activos, los mecanismos y protocolos de seguridad de la infraestructura y las instalaciones del Empleador. El Trabajador conoce el carácter facultativo de entregar o no sus Datos Personales de carácter sensible. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada para que el Empleador continúe sometiendo a Tratamiento los Datos Personales que hubieren recolectado o de cualquier forma sometido a Tratamiento con anterioridad al presente contrato.

Así mismo, el Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para transferir y/o transmitir los Datos Personales del Trabajador o permitir el acceso a éstos, a terceros, tales como Empresas Promotoras de Salud (EPS) vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, Entidades Bancarias y Aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y Cajas de Compensación Familiar vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, ubicados en Colombia, para el cumplimiento de los mismos fines del Empleador, incluso a países que no proporcionen niveles adecuados de protección de Datos Personales. Previa solicitud del Trabajador mediante el procedimiento apropiado, el Empleador le suministrará la información completa de los terceros que lleven a cabo el Tratamiento de sus Datos Personales. El Trabajador reconoce y acepta que el Tratamiento de

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

sus Datos Personales efectuado por fuera del territorio colombiano puede regirse por leyes extranjeras. El Trabajador reconoce que ha sido informado de los derechos que le asisten en su calidad de Titular de Datos Personales, entre los que se encuentran los siguientes: i) Conocer, actualizar y rectificar sus Datos Personales frente al Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Empleador salvo cuando la ley no lo requiera; iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus Datos Personales, por el Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; iv) Presentar ante las autoridades competente quejas por violaciones al régimen legal colombiano de protección de datos personales; v) Revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión de sus Datos Personales cuando la autoridad competente determine que el Empleador incurrió en conductas contrarias a la ley y a la Constitución, y vi) Acceder en forma gratuita a sus Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Para los fines requeridos en la ley, el Empleador ha designado al área de Servicio al Cliente designada para el tratamiento de datos de los trabajadores y para la atención de los asuntos relacionados con la protección de los Datos Personales de los trabajadores. En consecuencia, el Trabajador puede comunicar cualquier asunto relacionado con sus Datos Personales a la siguiente dirección de correo electrónico talentohumano@amycia.com.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para la comprensión de la presente cláusula se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

Titular: Persona natural cuyos datos personales sean objeto de tratamiento.

Dato Personal: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.

Tratamiento: Cualquier operación o conjunto de operaciones sobre Datos Personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión.

Base de Datos: Conjunto organizado de Datos Personales que sea objeto de Tratamiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Trabajador bajo la gravedad de juramento declara que la información que ha suministrado al Empleador, desde la solicitud de empleo que en su momento diligenció o que suministró en entrevistas y demás procedimientos establecidos por el Empleador en su proceso de selección, es verídica. En consecuencia asume toda la responsabilidad a que hubiere lugar, en especial con la información que ha suministrado sobre sus afiliaciones al sistema de seguridad social integral no solo al ingreso sino también con ocasión de cualquier cambio de EPS o fondo de pensiones o cualquier traslado de régimen que llegare a realizar durante la vigencia del contrato de trabajo, responsabilidad que implica que si alguna información de la que suministre no coincidiere con los datos que aparecen en los registros del sistema de seguridad social, EPS o fondo de pensiones, tal hecho, es decir

haber suministrado información errónea, es una falta grave y así lo ratifican las Partes y por ende constituye una justa causa para dar por terminado el contrato.

El Empleador es responsable por la correcta administración de las Bases de Datos Personales, lo cual incluye, entre otras, las siguientes obligaciones: i) garantizar el derecho constitucional de habeas data; ii) solicitar y conservar copia de la autorización dada por el Trabajador con el fin de guardar y usar sus Datos Personales; iii)Preservar la información bien asegurada con el fin de evitar la pérdida, adulteración y/o el acceso no autorizado; iv) actualizar y rectificar la información contenida en la Base de Datos Personales; y, v) para garantizar la privacidad de la información.

DÉCIMA SEGUNDA. - Terminación anticipada por causas asociadas al contrato principal

El trabajador acepta expresamente que la existencia y continuidad de la relación laboral depende de la vigencia y ejecución del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE**

LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO". En tal sentido, el empleador podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata y sin indemnización alguna, en los siguientes casos:

1. Suspensión, terminación, caducidad, resolución o liquidación anticipada del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE**
2. **LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**
3. **PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA**
4. **IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"**, por cualquier causa.
5. Decisión unilateral de la entidad contratante o cliente del empleador que afecte la continuidad de la obra o labor para la cual fue contratado el trabajador.

En cualquiera de estos eventos, la finalización del presente contrato se entenderá ajustada a la modalidad de obra o labor determinada, sin que genere obligación de pago de indemnización alguna distinta de las prestaciones sociales a que hubiere lugar conforme a la ley.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

DÉCIMA TERCERA. - TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO. El presente contrato de trabajo se podrá dar por terminado por mutuo acuerdo por escrito entre las Partes en cualquier instancia de su ejecución sin causar a favor del Trabajador el pago de compensación alguna.

DÉCIMA CUARTA. - TERMINACIÓN UNILATERAL. Causas de terminación: Son justas causas para que el Trabajador dé por terminado unilateral e inmediatamente el presente contrato de trabajo: a) El incumplimiento por parte del Empleador de las obligaciones contenidas en el presente contrato; y, b) Las establecidas en el Reglamento interno de Trabajo.

El Empleador podrá unilateral e inmediatamente dar por terminado el presente contrato:

(i) Si el Trabajador incumple con las obligaciones contenidas en el presente contrato; (ii) Las causas consagradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965, las cuales declara conocer; (iii) El incumplimiento de sus obligaciones legales y reglamentarias; (iv) El hecho de prestar el Trabajador directa o indirectamente servicios a terceros, o trabajar por cuenta propia en forma independiente, a menos que exista permiso previo escrito del Empleador; (v) La revelación de datos o informaciones no públicas consideradas por el Empleador como secretas, reservadas y/o confidenciales; (vi) El grave incumplimiento por parte del Trabajador, incluyendo pero sin limitarse a actos de desobediencia, deshonestidad, incumplimiento persistente o serio de sus funciones y negligencia; (vii) El que el Trabajador use su posición laboral o el buen nombre de la Compañía para afirmar o acreditar de cualquier manera una actividad o negocio personal o de un tercero; (viii) El que el Trabajador suministre al médico del Empleador informaciones inexactas al practicarse el examen de admisión o cualquier otro examen requerido; (ix) El hecho de que el Trabajador llegue embriagado o bajo los efectos de alcohol, drogas alucinógenas o narcóticas a su trabajo o los ingiera en el lugar de trabajo o durante el desempeño de sus funciones; (x) Que apueste o practique juegos de suerte y azar en las instalaciones del Empleador o durante la jornada laboral; (xi) El hecho que el Trabajador incurra como sujeto activo en conductas constitutivas de acoso laboral de acuerdo con la Ley 1010 de 2006, o promueva, tolere y/o sea permisivo con dicho tipo de conductas; (xii) Que no cumpla con las responsabilidades y funciones asignadas a su cargo o su desempeño sea deficiente para su cargo de acuerdo con las políticas de evaluación del Empleador; (xiii) El incumplimiento del Trabajador de las políticas y procedimientos del Empleador y/o los estándares de ética; (xiv) El incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones del Trabajador previstas en el Reglamento Interno de Trabajo del Empleador; (xv) La comisión por parte del Trabajador de cualquier acto deshonesto o fraudulento, o cualquier otro acto u omisión, que haya causado o pueda razonablemente esperarse que cause daño a los intereses o la reputación del negocio del Empleador; (xvi) La no asistencia puntual a su trabajo o al cumplimiento de sus obligaciones, sea en la sede principal del mismo o en los lugares a donde deba desplazarse para cumplir con sus labores, sin una excusa válida a juicio de la Compañía; (xvii) El hecho de que el Trabajador obtenga o dé dinero a título de préstamo, dádiva o prebenda a sus compañeros de trabajo, clientes y trabajadores de empresas clientes de la Compañía, proveedores de la Compañía o personas

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

con las cuales se relacione por el desempeño de sus labores, o cuando solicite de las mismas personas o les ofrezca dinero, préstamos, dadivas o prebendas; (xviii) Desacreditar en alguna forma al Empleador, con manifestaciones o actos encaminados a tal fin; (xix) Que el Trabajador en razón de sus funciones o vinculación laboral para cumplir o incumplir las labores asignadas, reciba, solicite o exija por cualquier medio dinero, regalo, dádiva o favor distinto de la remuneración salarial a la que tiene derecho en virtud del contrato de trabajo celebrado con el Empleador; (xx) Desatender o negarse a cumplir medidas de control establecidas por el Empleador para prevenir accidentes hurtos, estafas, o cualquier otro ilícito que puedan atentar contra el patrimonio del Empleador y/o de sus clientes; (xxi) Tener comportamiento irrespetuoso con sus superiores o desavenencias frecuentes con sus compañeros de trabajo y/o con los clientes del Empleador; (xxii) Cualquier falta u omisión grave en el manejo de los dineros, efectos de comercio y valores, elementos de trabajo y herramientas; (xxiii) Negarse a cumplir sin justa causa órdenes que en el desempeño de su oficio le imparta el Empleador, siempre y cuando las mismas tengan una relación directa con las labores encomendadas y no afecten la dignidad del Trabajador; (xxiv) Que el Trabajador comprometa las decisiones del Empleador para beneficiar intereses diversos a los del objeto que desarrolla el Empleador, en contradicción con las pautas o normas que el Empleador le señale, o en perjuicio de su patrimonio económico; (xxv) La utilización para fines distintos a la labor para la cual fue contratado el Trabajador o en general cualquier uso ilegal o inadecuado de la red de internet y de la cuenta de email dispuesta por la Compañía para el cumplimiento a cabalidad de las funciones del Trabajador; (xxvi) El uso o destinación de las herramientas de trabajo suministradas por el Empleador para labores ajenas y/o que no tengan relación de causalidad con la ejecución del presente contrato de trabajo suscrito con el Trabajador, al igual que la negligencia o inobservancia del deber de cuidado para con dichas herramientas; (xxvii) las demás contempladas como faltas graves en el Reglamento Interno de Trabajo.

DÉCIMA QUINTA. - ACUERDO TOTAL. El presente documento sustituye y deja sin efecto cualquier otro contrato o acuerdo, verbal o escrito, que se haya suscrito o ejecutado con anterioridad entre las Partes, en relación con la vinculación laboral del Trabajador.

DÉCIMA SEXTA. - MODIFICACIONES. Este contrato de trabajo podrá ser modificado en cualquier tiempo por el mutuo consentimiento de las Partes. Las modificaciones que de este contrato de trabajo se hagan, deberán constar por escrito y se integrarán a él. Se entiende que cada una de las Partes otorga su consentimiento con la firma del documento que modifique este contrato de trabajo.

DÉCIMA SÉPTIMA. – MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES LABORALES. El Trabajador acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el Empleador, en ejercicio de su poder subordinante, tales como turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación del servicio, el cargo u oficio y/o funciones, la forma de remuneración, los períodos de pago etc., siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

DÉCIMA OCTAVA. - DIRECCIÓN CONFIANZA Y MANEJO. Teniendo en cuenta la naturaleza de la labor y funciones encomendadas al Trabajador, su cargo implica realizar actos de dirección, confianza y manejo, lo cual es expresamente reconocido y aceptado por las Partes, razón por la cual el Trabajador queda excluido de la regulación sobre la jornada máxima legal de trabajo. En consecuencia, el Trabajador se obliga a trabajar durante el tiempo necesario para el cabal cumplimiento de sus obligaciones sin que por ello el Empleador esté obligado a reconocer y pagar horas extras o trabajo suplementario. Lo anterior sin perjuicio de cumplir los horarios mínimos en la jornada señalados por el Empleador.

DECIMA NOVENA. - INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la Ley y a la Jurisprudencia y será interpretado de buena fe, y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto definido en su artículo 1º es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

VIGÉSIMA - DESIGNACIÓN DE EPS. El Trabajador igualmente manifiesta que, para los efectos de afiliación y cotización al sistema de salud, selecciona a la empresa promotora de salud SANITAS. El Trabajador declara que no se encuentra afiliado a otra EPS.

VIGÉSIMA PRIMERA. -LEY APLICABLE. Este contrato estará sujeto a la ley colombiana y deberá ser interpretado de buena fe por las Partes.

En constancia se firma en BOGOTÁ, el 13/11/2025 en dos ejemplares del mismo tenor, uno para el Empleador y otro para el Trabajador.

El Empleador,

HERNANDO LANCHEROS
Representante Legal

El Trabajador,


CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

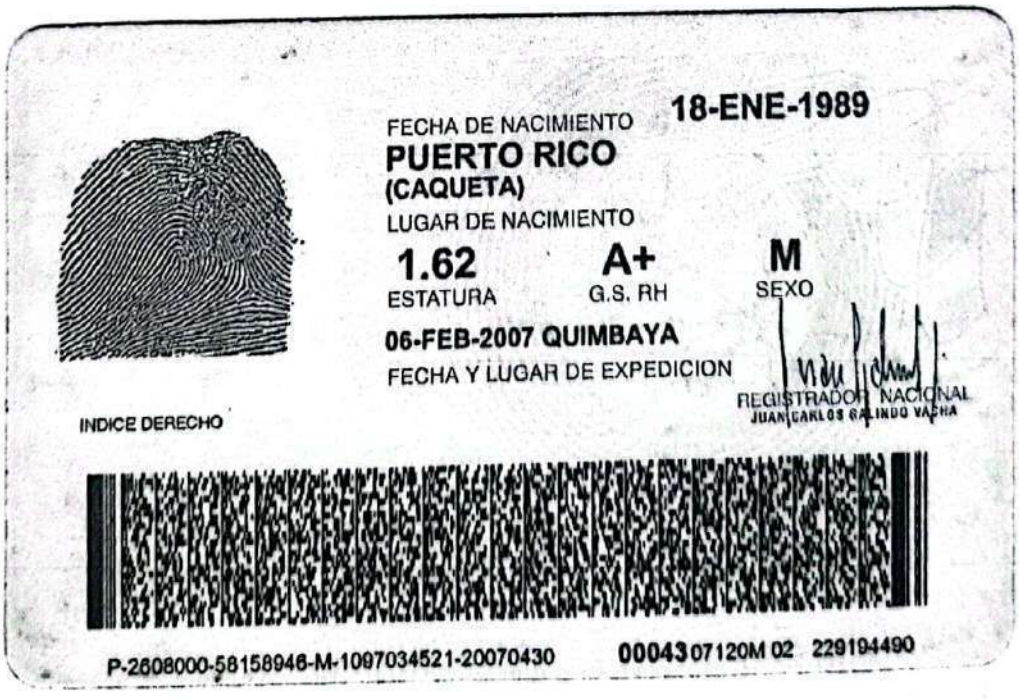


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.034.521

DIAZ ITACUE
APELLIDOS

FRAY ANDRES
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1989
PUERTO RICO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
06-FEB-2007 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2608000-58158946-M-1097034521-20070430 00043 07120M 02 229194490

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Fray Diaz Ifacue | CARGO Inspector de obra | C.C. 1097034521

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copas	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	23	01	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	Fray Diaz
2	26	01	26	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Fray Diaz
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: FRAY ANDRES DIAZ ITACUE

IDENTIFICADO CON C.C : 1092034521

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Inspector de obra

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Físicos** : Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☐ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☐ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☐ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 1/12/2025 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Fray Diaz	GWTH
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Fray Diaz	

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 03/12/2025 LUGAR: Oficina. Consorcio nueva Esperanza. HORA: DE 11:00 am A 1:00 pm

TEMA GENERAL: Inducción SST

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Gerd. wilson Tovar Hernandez.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente. SST.

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Paulo Cesar Grimaldo	1019462873	Ingeniero residente	Consorcio Nueva Esperanza	
2	Angel Montealegre	79614406	Aseo. cocina	C.N.E.	
3	Thalia Sanabria.	1007698093	Inspectora SST	C.N.E.	
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	C.N.E	
5	Didier Alvarino	85436375	Insp. SST	C.N.E	
6	Carlos Chaux Jimenez	80213294	Residente de	C.N.E	
7	Hernando Lancheros	19260302	Programador	C.N.E	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	FRAY DAVIDES DIAZ FIALLO	CARGO	INSPECTOR SSMA.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar condiciones Laborales seguras y saludables, mediante un conjunto de políticas	0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	• Uso obligatorio casco - • salida de emergencia	0.42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	• cumplir las normas, procedimientos y politicas • usar correctamente los EPP.	0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	• Fisicos - ergonomicos - mecanicos • Quimicos - biologicos - electricos	0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Trabajar en alturas sin utilizar el arnes de seguridad o sin asegurarlo.	0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	• Cableado electrico expuesto, pelado o en mal estado.	0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo	X		0,0
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0,42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0.42

FRAY DIAZ		03/12/2025
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA 46.	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI ✓		
	NO		

Powered by CamScanner

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

FRAY ANDRES DIAZ ITACUE

Con identificación Nº. **1097034521**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **8** horas realizadas en Bogotá
Desde **18 de diciembre de 2025** hasta el día **18 de diciembre de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC**

NIT **902002156-1**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **COLMENA**

Representante Legal **LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **18 de diciembre de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
AV. CRA 68 N° 11-20, BOGOTÁ

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N**° de Licencia *25 -0937 DE 2018***

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	DIAZ ITACUE FRAY ANDRES
IDENTIFICACIÓN:	CC 1097034521
INICIO VIGENCIA:	01/11/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	INSPECTOR
SALARIO:	3.000.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC
CC /NIT:	NI 902002156
CONTRATO:	1209521
SEDE:	NUEVA ESPERANZA
CENTRO DE TRABAJO:	OPERATIVO
INICIO VIGENCIA:	01/11/2025
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 03 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 03/12/2025 18:04:57. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 3 Fecha de actualización: 26/05/2025

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	0 4 | 1 | 2 0 2 5	Código Asesor		Sucursal		Ciudad/Municipio	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

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

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión. Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [X] NO ☐

Firma del Cotizante : FRAY ONOFRE DIAZ F.

C.C. N° 1094064321

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] No [ ]

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: DIAZ	Segundo Apellido: FIGUEROA	Primer Nombre: FRAY	Segundo Nombre: ORLANDO

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
C.C	1094 ORN 972-1	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]	Colombiano

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	Colombia	Departamento	Cundinamarca	Municipio	Bogotá D.C.	18/01/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		SI [ ] No [X] Categoría de la discapacidad:	SI [ ] No [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización IBC	25. Tarifa contribución solidaria
COLMENA	PORVENIR	3600.000	

26. Residencia					
Dirección: CR 116 76 280 31	Teléfono Fijo:	3179980781	Localidad / Comuna: Fray Diaz Figueroa Orlando	Zona: Cabecera municipal [X] Rural disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto rural [ ]	
Ciudad: Bogotá	Departamento:	Bogotá			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A registrar por la EPS)
Consorcio Nuevo Esperanza HLC	NIT	902002156-1	

59. Ubicación				
Dirección: CR 116 #280-31	Teléfono: 3179980781	Localidad/Comuna: Fray Diaz Figueroa Orlando	Ciudad/Municipio: Bogotá	Departamento: Bogotá D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD/MM/AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04-11-2025	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
FRAN DAVIDSON DIAZ F	

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
cantidad de documento de identidad anexos

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del Departamento	

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

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

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

OBSERVACIONES:

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

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:

FRAY ANDRES DIAZ ITACUE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.097.034.521**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 24 de Noviembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 24/11/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1097034521
Nombres y Apellidos	FRAY ANDRES DIAZ ITACUE
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 902002156
Razón Social Empleador	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HI
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	4/11/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	24/11/2025
Cargo	inspector de obra
Horas Labor Mes	176
Sueldo básico	$ 3600000

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

4EF2Spy2S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

INFORMACIÓN GENERAL



Ubicación:	Bogota, BOGOTA D.C	**Sede:**	Sede 103
Fecha y hora de ingreso:	2025-nov.-08 07:17 a. m.	**Fecha y hora de salida:**	2025-nov.-12 04:20 p. m.
No. Ingreso:	639210	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Nombre:	FRAY ANDRES DIAZ ITACUE	**Identificación:**	CC 1097034521
Cargo:	INSPECTOR DE OBRA	**Ocupación:**	Empleado
Fecha de Nacimiento:	18 ene. 1989	**Edad:**	36 Años
Sexo:	Hombre	**Etnia:**	Ninguna de las anteriores
Grupo Poblacional:	Otros grupos Poblacionales		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

Empresa Usuaria:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil
Empresa Temporal:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	**NIT:**	902002156	**Actividad Económica:**	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil

INFORMACIÓN AFILIACIÓN

EPS:
ARL:
Fondo pensiones:

El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**	**Estado**
Consulta De Primera Vez Por Optometría	Normal	Realizado
Espirometría	Normal	Realizado
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Normal	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Normal	Realizado
PRUEBAS VESTIBULARES Y/O EQUILIBRIO	Normal	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Normal	Realizado
Laboratorios	**Resultado**	**Estado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Normal	Realizado
Leptospira Anticuerpos Ig G Semiautomatizado O Automatizado	Normal	Realizado
Perfil Lipidico	Anormal	Realizado

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Sin restricciones para el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO

RESTRICCIONES LABORALES

- Ninguna

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO CON RIESGOS DEL CARGO

- Ingresar y/o continuar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo biomecánico

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PENDIETE DE RESULTADO DE LABORATORIO EN SANGRE. (LEPTOSPIRA)
CITA POR NUTRICION Y EJERCICIO FISICO 4 VECES POR SEMANA UNA HORA AL DIA.
SEGUIMIENTO POR MEDICO DE EPS POR RESULTADOS DE EXAMENES EN SANGRE.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS



Profesional: JESUS ARTURO FAJARDO CASTRO
Identificación: CC 1032403715
Reg. Médico: 1032403715
Licencia Ocupacional: Lic. 12674/2024

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Fray Andres Diaz Itacue

Firmado electrónicamente por:
Fray Andres Diaz Itacue
FRAYDIAZ2014@GMAIL.COM
2025-11-18 11:19:48

Paciente: FRAY ANDRES DIAZ ITACUE
CC: 1097034521

iMedicalServices

Certificado de firma

Para los efectos de lo dispuesto en el **articulo 7 de decreto 2364 de 2012**, las partes manifiestan que han decidió suscribir el presente documento de manera electrónica, y aclaran que la firma estampada en el mismo ha sido puesta por quien dice ser su firmante **cumpliendo todos los requisitos legales para este tipo de firmas**, y por ello, reconocen la plena **validez tanto de lo dispuesto en el clausulado del presente documento** como de las firmas electrónicas que en él se asientan.

FRAY ANDRES DIAZ ITACUE	EMail	FRAYDIAZ2014@GMAIL.COM
Código OTP	Firmado	18-11-2025 11:19:48

La trazabilidad del documento puede ser consultada a través de nuestra plataforma escaneado el código QR.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, noviembre 08 de 2025

Señor
FRAY ANDRES DIAZ ITACUE
Ciudad Bogotá

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de la CLINICA SALUD OCUPACIONAL LOS ANDES, realizado el día 08 de noviembre de 2025, done generaron los conceptos de recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas

RECOMENDACIONES MÉDICAS EXTRALABORALES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

Seguridad y Salud en el Trabajo

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

Firma de recibido:

Fray Andrés Diaz Itacue
CC: 1097034521

Powered by CamScanner

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:54:56 horas del 19/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1097034521,** Apellidos y Nombres **DIAZ ITACUE FRAY ANDRES**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR

Nombre del empleador:	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA
NIT No.	9 0 2 0 0 2 1 5 6 -1
Domicilio del empleador:	76 N 28ª 31
Nombre del trabajador:	FRAY ANDRES DIAZ ITACUE
Domicilio del trabajador:	CRA 29C CALLE 79 88
Número de Identificación:	1.097.034.521
Fecha de nacimiento:	18/ENE/1989
Cargo:	INSPECTOR DE OBRA
Sede de trabajo:	BOGOTÁ
Fecha de inicio y finalización:	*04/11/2025*

Entre quienes suscriben a saber: HERNANDO IBAÑEZ LANCHEROS, quien obra en nombre y representación de la compañía CONSORCIO NUEVA ESPERANZA, quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Empleador" o la "Compañía", de una parte, y de la otra FRAY ANDRES DIAZ ITACUE, mayor de edad, identificado **1.097.034.521** como aparece al pie de su firma quien obra en su propio nombre y quien para los efectos del presente contrato se denominará el "Trabajador"; el Empleador y el Trabajador quienes se denominarán conjuntamente como las "Partes", hemos convenido suscribir el presente Contrato Individual de Trabajo a Término Fijo, regulado de manera general por las normas laborales y contenido de manera especial en las siguientes cláusulas.

Las Partes adquieren los derechos y contraen las obligaciones que el presente contrato y la legislación colombiana les imponen, de acuerdo con las siguientes cláusulas.

PRIMERA. – OBJETO, FECHA DE INICIO DE LABORES Y DURACIÓN. Las Partes acuerdan que el presente contrato de trabajo se celebra bajo la modalidad de duración de obra o labor determinada, conforme al artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo, en razón de que el(la) trabajador(a) prestará sus servicios única y exclusivamente para la ejecución del Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO", que se desarrolla en 1. SUBA 2. USAQUEN 3. CHAPINERO 4. CANDELARIA 5. SANTAFE 6. ENGATIVA y cuya ejecución constituye la causa directa de la vinculación laboral.

En consecuencia, la duración de este contrato de trabajo estará supeditada a la permanencia, vigencia y necesidades del Contrato 18/11/2026. El contrato de trabajo terminará automáticamente, sin lugar a indemnización alguna, una vez concluya la obra o labor objeto del contrato principal, sin que sea necesario preaviso alguno por parte del empleador.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

La duración del presente contrato corresponde al tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, señalada dentro del presente contrato, de conformidad con el artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo. Las partes acuerdan un período de prueba de DOS MESES (60) días, que no es superior a la quinta parte del término inicialmente previsto para la duración de la obra, ni excede de dos (2) meses. La terminación del contrato de trabajo durante el período de prueba no dará lugar a indemnización alguna por dicha terminación.

El Trabajador desempeñará en forma exclusiva todas las funciones inherentes y complementarias al cargo de INSPECTOR DE OBRA, las cuales han sido comunicadas por el Empleador al Trabajador, y el Trabajador declara conocer y aceptar, las cuales podrán ser modificadas, complementadas o adicionadas por el Empleador.

El Trabajador reconoce y acepta que por comisión o delegación de funciones, además de prestar sus servicios directamente para el Empleador, podrá llegar a prestar servicios en favor de empresas relacionadas, sus accionistas, subsidiarias, vinculadas y/o terceros, de conformidad con los convenios de colaboración, acuerdos o contratos que el Empleador llegare a celebrar para tal fin, sin que ello implique la existencia de una relación laboral adicional o distinta a la regulada por el presente contrato de trabajo o sin que esto implique coexistencia de contratos.

SEGUNDA. – SEDE DE TRABAJO. El Trabajador tendrá su sede principal de trabajo en la 76 N 28ª 31 en la ciudad de BOGOTÁ. Sin embargo, conforme a las funciones propias del cargo de INSPECTOR DE OBRA, el Trabajador prestará sus servicios en el lugar en que, de acuerdo con las actividades inherentes a dicho cargo, se consideren convenientes o necesarias, y en todo caso, en los lugares en que la Compañía le indique. Es entendido que cualquier traslado que llegare a presentarse es de obligatoria aceptación para el Trabajador, quien conoce plenamente la naturaleza de las actividades de las Compañía y la necesidad que esta tiene de efectuar actividades en diferentes lugares dentro del territorio colombiano. Teniendo en cuenta esta situación las Partes expresamente manifiestan que el presente contrato de trabajo se regirá siempre por las disposiciones legales colombianas.

TERCERA. – REMUNERACIÓN. SALARIO ORDINARIO. Las partes acuerdan un salario que se compondrá de la siguiente manera:

Un salario ordinario fijo bruto mensual, equivalente a la suma de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL (3.600.000), dentro de la cual se encuentra incluida la remuneración de todas las actividades desarrolladas por el Trabajador atadas a la jornada ordinaria de trabajo.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las Partes acuerdan expresamente que en el evento en que el Trabajador reciba comisiones o cualquier otro tipo de salario variable, el 82.5% constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante está destinado a remunerar los descansos obligatorios de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Cuando por causa emanada directa o indirectamente de la relación contractual existan obligaciones de cualquier tipo a favor del Empleador y a cargo INSPECTOR DE OBRA, del Trabajador, el Empleador podrá efectuar las deducciones a que hubiere lugar, en cualquier tiempo y/o al momento de la terminación del presente contrato de cualquier suma que el Trabajador adeude al Empleador. Así lo autoriza y consiente de antemano el Trabajador, entendiendo expresamente las Partes que la presente autorización cumple las condiciones de orden previa y escrita aplicable para cada caso.

CUARTA. – PERÍODO Y FORMA DE PAGO. El salario ordinario fijo bruto acordado en la CLÁUSULA TERCERA de este contrato será pagado en mensualidades vencidas. Los pagos laborales serán cancelados,

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del Trabajador registrada en la Compañía para el pago de su nómina.

QUINTA. – BENEFICIOS EXTRALEGALES. De conformidad con el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, las Partes acuerdan que toda prestación, bonificación, subsidio, beneficio o auxilio, que no obstante lo estipulado anteriormente reciba o llegue a recibir el Trabajador y/o sus familiares, en dinero o en cualquier especie, habitual u ocasionalmente, que exceda en cualquier forma o por cualquier causa el salario expresado en la cláusula tercera, no constituyen salario y, en consecuencia, no serán tenido en cuenta para efectos de calcular el valor de las prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones y, en general, para el pago de cualquier otra acreencia de carácter laboral y/o en materia de seguridad social y parafiscales.

PARÁGRAFO PRIMERO: Todos los beneficios extralegales que reciba el Trabajador estarán sujetos a las políticas y condiciones fijadas por el Empleador.

SEXTA. – DEDUCCIONES OBLIGATORIAS. Las Partes acuerdan que, salvo acuerdo escrito en contrario, todas las cantidades, pagos, salarios, prestaciones sociales, y beneficios que se mencionan en este contrato, así como las remuneraciones, ingresos y beneficios que el Trabajador perciba en el futuro con motivo de la relación laboral con el Empleador serán cantidades brutas. En consecuencia, en caso de ser procedente, el Empleador efectuará las retenciones y deducciones legales por retenciones en la fuente, aportes al Sistema General de Seguridad Social, se descontarán los días no trabajados, y en general, realizará los descuentos ordenados por ley o judicialmente, además de los descuentos que acuerden las Partes por escrito.

SÉPTIMA. – OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. Las obligaciones del Trabajador incluirán, entre otras, las actividades necesarias para el desempeño de las funciones inherentes al cargo de ING RESIDENTE, así como el cumplimiento de las obligaciones que establezca la ley, el Reglamento de Trabajo o el Empleador, a saber: 1) Poner al servicio del Empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el Empleador o sus representantes; 2) Observar y cumplir con las reglas, políticas, código de conducta, procedimientos operacionales, guías, directrices, etc. del Empleador y/o su casa matriz siempre y cuando éstas sean legales y exigibles dentro del derecho colombiano; 3) Observar en sus relaciones con el público o con quienes solicitan sus servicios la consideración y cortesía debidos; 4) A trabajar en el desempeño de su labor con sujeción a la ley, el Reglamento de Trabajo, las políticas del Empleador e insistir en el cumplimiento de los procedimientos operativos del Empleador; 5) No prestar directa ni indirectamente servicios a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia, ni invertir o participar directa o indirectamente en empresas que se dediquen a la misma rama de negocios que el Empleador durante la vigencia de este contrato; 6) El Trabajador no podrá negociar ni invertir en el negocio del Empleador o sus empresas relacionadas, ni en los negocios en los que cualquiera de estas inviertan o lleven a cabo; 7) El Trabajador se obliga a no negociar ni realizar inversiones con los clientes del Empleador ni con empresas relacionadas con estos. El Trabajador acepta y se compromete a no negociar en su interés o beneficio, en momentos o maneras que conozca o deba conocer que es posible que puedan generar un efecto negativo adverso a los intereses particulares de alguno de los clientes del Empleador; 8) El Trabajador se abstendrá de recibir o aceptar de terceros beneficios, ganancias, dádivas, créditos, ventajas financieras, regalos, oportunidades para hacer, recibir o incrementar cualquier ganancia o ingreso o para reducir cualquier pérdida o gasto, y en general cualquier servicio, ayuda, sistema o información, que puedan generar un conflicto de intereses con el Empleador, y empresas relacionadas con este, con sus funciones, o con cualquiera de sus clientes. En todo caso, el Trabajador se obliga a reportar inmediatamente y por escrito al Empleador toda transacción en su interés permitida o autorizada; 9) Prestar el servicio a que el presente contrato se refiere en el lugar indicado por el Empleador; 10) Respetar las costumbres locales y tener un alto estándar de conducta moral y ética; 11) Guardar la reserva que requieren los asuntos relacionados con su trabajo, en razón de su naturaleza o en virtud de instrucciones

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

especiales, aún después de haber terminado el contrato de trabajo, sin perjuicio de denunciar cualquier hecho delictuoso que perjudique al Empleador; 12) Dedicar la totalidad del tiempo reglamentario de su trabajo al desempeño de las funciones que le han sido encomendadas; 13) Reasumir sus funciones al vencimiento de las licencias, permisos, vacaciones, etc.; 14) Dar cumplimiento esmerado a la ejecución del trabajo asignado tanto cualitativa como cuantitativamente; 15) Acatar con fidelidad las órdenes de sus superiores respecto del trabajo encomendado; 16) Tener decoro y corrección en su comportamiento, respeto a sus superiores, compañeros y subalternos; 17) Responder de la manera más rigurosa y darle un uso acorde con el trabajo a los documentos, útiles, equipos, materias primas, insumos, tarjetas de crédito, muebles y bienes asignados con ocasión de sus funciones, para el desempeño de su trabajo o confiados para su guardia o custodia, ninguno de los cuales podrá ser retirado o utilizado para un fin distinto al trabajo bajo ningún pretexto sin la autorización previa y expresa de la persona competente; 18) Participar en las actividades programadas por el Empleador para la capacitación, desarrollo e instrucción del personal; 19) Cumplir correctamente el horario de trabajo; 20) Abstenerse de poner en peligro, por actos u omisiones, la seguridad de las personas o de los bienes del Empleador o de los bienes de terceros confiados al mismo; 21) Dar cumplimiento oportunamente a las prescripciones que para seguridad de los locales, equipos, operaciones o los dineros y/o valores del Empleador; 22) No retener, distraer, apoderarse o aprovecharse en forma indebida de dineros, valores o bienes que por razón o con ocasión de sus funciones le hayan confiado u asignado; 23) No permitir voluntariamente o por culpa, que otras personas lleguen a tener conocimiento de claves, datos o hechos de conocimiento privativo del Empleador, de sus clientes, o de determinados empleados del mismo; 24) No dedicarse en el sitio de trabajo al manejo de negocios particulares o realizar en cualquier momento actividades de comercio o similares a las del Empleador; 25) No realizar operaciones o desempeñar funciones cuya ejecución este atribuida expresa e inequívocamente a otro trabajador del Empleador, salvo en el caso de necesidad efectiva e inaplazable, y previa orden de un superior; 26) Abstenerse de cualquier actitud en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del Empleador; 27) Cumplir con todas las leyes y reglamentos de Colombia, especialmente las relativas a moneda, mercado negro, y el uso y consumo de drogas y alcohol; 28) Usar adecuada y/o diligentemente la totalidad de los equipos, aplicativos, claves de acceso y elementos que hacen parte del puesto de trabajo y/o que le fueron encomendados al Trabajador; 29) Asistencia y puntualidad a todas las jornadas de capacitación y entrenamiento que el Empleador considere necesarias para mantener y/o mejorar el nivel de conocimientos requerido para el adecuado desempeño de sus labores; 30) Abstenerse de usar, instalar o permitir que se use o se instale en cualquier computador del Empleador, o que esté bajo la responsabilidad del Empleador, todo software o hardware que no cumpla con los requisitos de licencia y/o respeto a los derechos de autor; 31) Utilizar los equipos, vehículos y/o herramientas de propiedad o de uso de la compañía con la observancia de las normas de seguridad incluyendo la seguridad informática en sistemas, en especial, no dar a conocer la clave secreta de acceso o *password* ni manipular o alterar en cualquier forma la información que repose en la base de datos de la compañía.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Asegurar que las actividades constructivas se ejecuten conforme a los diseños, planos, especificaciones técnicas y procedimientos establecidos en el Anexo Técnico No. 2,
garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad, ambiente y normatividad vigente establecidos en el Programa de Aseguramiento de la Calidad de
la Obra (PAC).
2. Supervisar las tareas propias del proyecto, verificando la calidad de los materiales y controlando la correcta aplicación de los procedimientos técnicos y de calidad.
3. Participar en la reunión inicial de obra y en la planificación de las actividades (cronograma de obra)
4. Elaborar los Análisis de Precios Unitarios (APU's), requeridos para el desarrollo del proyecto
5. Revisar los planos, especificaciones técnicas y procedimientos constructivos antes del inicio de actividades
6. Coordinar con el residente de obra los puntos de inspección, ensayos y controles requeridos para cada fase.
7. Identificar las actividades críticas y establecer controles de seguimiento

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

8.Verificar que los materiales recibidos cuenten con fichas técnicas, certificados de conformidad y / o resultados de ensayos de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico No. 2
9. Realizar las inspecciones visuales y dimensionales durante la recepción y almacenamiento de materiales
10.Verificar que los materiales utilizados en las actividades se encuentren debidamente almacenados
11.Informar oportunamente al residente y/o director de obra sobre cualquier hallazgo de o elementos que no cumplan las especificaciones.
12.Diligenciar los formatos de trazabilidad de materiales, pruebas de ensayo y de productos no conformes
13.Verificar alineaciones, niveles, espesores, tolerancias y acabados según planos y normas definidas en el Anexo Técnico No. 2
14. Inspeccionar diariamente la correcta ejecución de las actividades constructivas conforme a los establecido en el Anexo Técnico No. 2
15.Medir las cantidades de obra, elaborar las memorias soporte de los respectivos cortes
16.Asegurar que se apliquen los procedimientos técnicos aprobados y que el personal esté calificado.
17.Mantener actualizada la bitácora de obra y los informes diarios de inspección

18.Detectar y reportar no conformidades en materiales, procesos o acabados.
19. Supervisar el cumplimiento de las condiciones de seguridad industrial y control ambiental en campo.
20. Apoyar la preparación de los informes técnicos mensuales de avance y control de calidad
21. Hacer seguimiento a los indicadores de calidad definidos en el Plan de Calidad
22. Participar en las reuniones de seguimiento con el residente, la interventoría y la supervisión del contrato
23.Verificar la ejecución de las correcciones antes del cierre de la no conformidad.
24.Informar al residente y al director sobre el estado de las acciones correctivas y preventivas.
25. Emitir alertas tempranas ante desviaciones en calidad, cronograma de tiempo o SST
26.Apoyar las auditorías internas durante la ejecución de la obra.
27.Apoyar la elaboración de las actas de entregas parciales y finales de obra y la de liquidación del contrato
28.Participar en el cierre técnico y documental del proyecto

PARÁGRAFO PRIMERO: El Trabajador se compromete a desempeñar sus funciones, según los requerimientos del negocio y del servicio para el que sea asignado, de acuerdo con los convenios de colaboración suscritos por el Empleador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Al presente contrato de trabajo se incorporan en lo que sean compatibles con el mismo, las disposiciones del Reglamento Interno de Trabajo.

OCTAVA. – EXCLUSIVIDAD DE LOS SERVICIOS. Durante la vigencia de la relación laboral, el Trabajador se obliga expresamente a prestar sus servicios exclusivamente al Empleador. El Trabajador se obliga a no desarrollar actividades que sean similares o análogas a las previstas en el presente contrato, a menos que el Empleador lo autorice por escrito. El incumplimiento de la presente cláusula será considerado como una falta grave y, por lo tanto, justa causa de terminación del contrato de trabajo por parte del Empleador.

NOVENA. – INVENCIONES Y DESCUBRIMIENTOS. Las nuevas creaciones, invenciones, desarrollos intelectuales o descubrimientos realizados por el Trabajador durante la prestación de sus servicios al Empleador pertenecerán a este último, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 539 del Código de Comercio y el Artículo 23 de la Decisión 486 de la Comisión de la Comunidad Andina. En consecuencia, tendrá el Empleador el derecho de patentar o registrar ante las autoridades competentes, a su nombre o a nombre de terceros, tales inventos o descubrimientos, respetándose el derecho del Trabajador a ser mencionado como inventor en el caso de las patentes, si así lo desea, de conformidad con el Artículo 24 de la Decisión 486 de la Comisión la Comunidad Andina. Sin embargo, el Trabajador acuerda facilitar el cumplimiento oportuno de las formalidades y trámites requeridos para los fines de la presente cláusula, y

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

acuerda dar su firma o extender, de manera oportuna, los poderes y documentos que sean necesarios para lograr el fin mencionado. Las Partes expresamente convienen que el presente contrato de trabajo constituye cesión de todos los derechos económicos sobre los desarrollos intelectuales e invenciones realizados por el Trabajador y podrá ser utilizado para el registro o la obtención de la patente respectiva. Nada de lo estipulado en la presente cláusula obliga al Empleador al pago de compensación alguna al Trabajador.

DÉCIMA. – DERECHOS DE AUTOR. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 28 de la Ley 1450 de 2011, todos los derechos patrimoniales sobre las obras creadas por el Trabajador en cumplimiento del presente contrato de trabajo se considerarán automáticamente transferidos al Empleador. Dicha transferencia tendrá término indefinido y comprenderá todas las modalidades de explotaciones conocidas o por conocerse y se extenderá a todo el mundo. La duración de la transferencia será por el máximo término determinado por ley.

DÉCIMA PRIMERA. – TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para que, directamente o a través de sus trabajadores, consultores, asesores y/o terceros encargados del Tratamiento de Datos Personales, bien sea en Colombia o en el exterior, lleven a cabo cualquier operación o conjunto de operaciones tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia y transmisión sobre sus Datos Personales, entendidos como cualquier información vinculada o que pueda asociarse con el Trabajador, para el cumplimiento de los fines del Empleador, que incluyen, pero no se limitan, al cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales del Empleador con terceros, la debida ejecución de este contrato, el cumplimiento de las políticas internas del Empleador, el cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias del Trabajador, la administración de sus sistemas de información y comunicaciones, la generación de copias y archivos de seguridad de la información en los equipos proporcionados por el Empleador, el ofrecimiento de beneficios extralegales por el Empleador al Trabajador, el control y prevención por parte del Empleador de fraudes y lavado de activos, los mecanismos y protocolos de seguridad de la infraestructura y las instalaciones del Empleador. El Trabajador conoce el carácter facultativo de entregar o no sus Datos Personales de carácter sensible. El Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada para que el Empleador continúe sometiendo a Tratamiento los Datos Personales que hubieren recolectado o de cualquier forma sometido a Tratamiento con anterioridad al presente contrato.

Así mismo, el Trabajador autoriza de manera previa, expresa e informada al Empleador para transferir y/o transmitir los Datos Personales del Trabajador o permitir el acceso a éstos, a terceros, tales como Empresas Promotoras de Salud (EPS) vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, Entidades Bancarias y Aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y Cajas de Compensación Familiar vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, ubicados en Colombia, para el cumplimiento de los mismos fines del Empleador, incluso a países que no proporcionen niveles adecuados de protección de Datos Personales. Previa solicitud del Trabajador mediante el procedimiento apropiado, el Empleador le suministrará la información completa de los terceros que lleven a cabo el Tratamiento de sus Datos Personales. El Trabajador reconoce y acepta que el Tratamiento de sus Datos Personales efectuado por fuera del territorio colombiano puede regirse por leyes extranjeras. El Trabajador reconoce que ha sido informado de los derechos que le asisten en su calidad de Titular de Datos Personales, entre los que se encuentran los siguientes: i) Conocer, actualizar y rectificar sus Datos Personales frente al Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Empleador salvo cuando la ley no lo requiera; iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus Datos Personales, por el Empleador o quienes por cuenta de éste realicen el Tratamiento de sus Datos Personales; iv) Presentar ante las autoridades competente quejas por violaciones al régimen legal colombiano de protección de datos personales; v) Revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión de sus Datos Personales cuando la autoridad competente determine que el Empleador incurrió en conductas contrarias a

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

la ley y a la Constitución, y vi) Acceder en forma gratuita a sus Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Para los fines requeridos en la ley, el Empleador ha designado al área de Servicio al Cliente designada para el tratamiento de datos de los trabajadores y para la atención de los asuntos relacionados con la protección de los Datos Personales de los trabajadores. En consecuencia, el Trabajador puede comunicar cualquier asunto relacionado con sus Datos Personales a la siguiente dirección de correo electrónico talentohumano@amycia.com.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para la comprensión de la presente cláusula se deben tener en cuenta las siguientes definiciones:

Titular: Persona natural cuyos datos personales sean objeto de tratamiento.

Dato Personal: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.

Tratamiento: Cualquier operación o conjunto de operaciones sobre Datos Personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión.

Base de Datos: Conjunto organizado de Datos Personales que sea objeto de Tratamiento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El Trabajador bajo la gravedad de juramento declara que la información que ha suministrado al Empleador, desde la solicitud de empleo que en su momento diligenció o que suministró en entrevistas y demás procedimientos establecidos por el Empleador en su proceso de selección, es verídica. En consecuencia asume toda la responsabilidad a que hubiere lugar, en especial con la información que ha suministrado sobre sus afiliaciones al sistema de seguridad social integral no solo al ingreso sino también con ocasión de cualquier cambio de EPS o fondo de pensiones o cualquier traslado de régimen que llegare a realizar durante la vigencia del contrato de trabajo, responsabilidad que implica que si alguna información de la que suministre no coincidiere con los datos que aparecen en los registros del sistema de seguridad social, EPS o fondo de pensiones, tal hecho, es decir haber suministrado información errónea, es una falta grave y así lo ratifican las Partes y por ende constituye una justa causa para dar por terminado el contrato.

El Empleador es responsable por la correcta administración de las Bases de Datos Personales, lo cual incluye, entre otras, las siguientes obligaciones: i) garantizar el derecho constitucional de habeas data; ii) solicitar y conservar copia de la autorización dada por el Trabajador con el fin de guardar y usar sus Datos Personales; iii)Preservar la información bien asegurada con el fin de evitar la pérdida, adulteración y/o el acceso no autorizado; iv) actualizar y rectificar la información contenida en la Base de Datos Personales; y, v) para garantizar la privacidad de la información.

DÉCIMA SEGUNDA. – Terminación anticipada por causas asociadas al contrato principal

El trabajador acepta expresamente que la existencia y continuidad de la relación laboral depende de la vigencia y ejecución del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE**

LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO". En tal sentido, el empleador podrá dar por terminado el presente contrato de manera inmediata y sin indemnización alguna, en los siguientes casos:

1. Suspensión, terminación, caducidad, resolución o liquidación anticipada del **Contrato "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE**
2. **LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**
3. **PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA**
4. **IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"**, por cualquier causa.
5. Decisión unilateral de la entidad contratante o cliente del empleador que afecte la continuidad de la obra o labor para la cual fue contratado el trabajador.

En cualquiera de estos eventos, la finalización del presente contrato se entenderá ajustada a la modalidad de obra o labor determinada, sin que genere obligación de pago de indemnización alguna distinta de las prestaciones sociales a que hubiere lugar conforme a la ley.

DÉCIMA TERCERA. - TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO. El presente contrato de trabajo se podrá dar por terminado por mutuo acuerdo por escrito entre las Partes en cualquier instancia de su ejecución sin causar a favor del Trabajador el pago de compensación alguna.

DÉCIMA CUARTA. – TERMINACIÓN UNILATERAL. Causas de terminación: Son justas causas para que el Trabajador dé por terminado unilateral e inmediatamente el presente contrato de trabajo: a) El incumplimiento por parte del Empleador de las obligaciones contenidas en el presente contrato; y, b) Las establecidas en el Reglamento interno de Trabajo.

El Empleador podrá unilateral e inmediatamente dar por terminado el presente contrato:

(i) Si el Trabajador incumple con las obligaciones contenidas en el presente contrato; (ii) Las causas consagradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965, las cuales declara conocer; (iii) El incumplimiento de sus obligaciones legales y reglamentarias; (iv) El hecho de prestar el Trabajador directa o indirectamente servicios a terceros, o trabajar por cuenta propia en forma independiente, a menos que exista permiso previo escrito del Empleador; (v) La revelación de datos o informaciones no públicas consideradas por el Empleador como secretas, reservadas y/o confidenciales; (vi) El grave incumplimiento por parte del Trabajador, incluyendo pero sin limitarse a actos de desobediencia, deshonestidad, incumplimiento persistente o serio de sus funciones y negligencia; (vii) El que el Trabajador use su posición laboral o el buen nombre de la Compañía para afirmar o acreditar de cualquier manera una actividad o negocio personal o de un tercero; (viii) El que el Trabajador suministre al médico del Empleador informaciones inexactas al practicarse el examen de admisión o cualquier otro examen requerido; (ix) El hecho de que el Trabajador llegue embriagado o bajo los efectos de alcohol, drogas alucinógenas o narcóticas a su trabajo o los ingiera en el lugar de trabajo o durante el desempeño de sus funciones; (x) Que apueste o practique juegos de suerte y azar en las instalaciones del Empleador o durante la jornada laboral; (xi) El hecho que el Trabajador incurra como sujeto activo en conductas constitutivas de acoso laboral de acuerdo con la Ley 1010 de 2006, o promueva, tolere y/o sea permisivo con dicho tipo de conductas; (xii) Que no cumpla con las

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

responsabilidades y funciones asignadas a su cargo o su desempeño sea deficiente para su cargo de acuerdo con las políticas de evaluación del Empleador; (xiii) El incumplimiento del Trabajador de las políticas y procedimientos del Empleador y/o los estándares de ética; (xiv) El incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones del Trabajador previstas en el Reglamento Interno de Trabajo del Empleador; (xv) La comisión por parte del Trabajador de cualquier acto deshonesto o fraudulento, o cualquier otro acto u omisión, que haya causado o pueda razonablemente esperarse que cause daño a los intereses o la reputación del negocio del Empleador; (xvi) La no asistencia puntual a su trabajo o al cumplimiento de sus obligaciones, sea en la sede principal del mismo o en los lugares a donde deba desplazarse para cumplir con sus labores, sin una excusa válida a juicio de la Compañía; (xvii) El hecho de que el Trabajador obtenga o dé dinero a título de préstamo, dádiva o prebenda a sus compañeros de trabajo, clientes y trabajadores de empresas clientes de la Compañía, proveedores de la Compañía o personas con las cuales se relacione por el desempeño de sus labores, o cuando solicite de las mismas personas o les ofrezca dinero, préstamos, dadivas o prebendas; (xviii) Desacreditar en alguna forma al Empleador, con manifestaciones o actos encaminados a tal fin; (xix) Que el Trabajador en razón de sus funciones o vinculación laboral para cumplir o incumplir las labores asignadas, reciba, solicite o exija por cualquier medio dinero, regalo, dádiva o favor distinto de la remuneración salarial a la que tiene derecho en virtud del contrato de trabajo celebrado con el Empleador; (xx) Desatender o negarse a cumplir medidas de control establecidas por el Empleador para prevenir accidentes hurtos, estafas, o cualquier otro ilícito que puedan atentar contra el patrimonio del Empleador y/o de sus clientes; (xxi) Tener comportamiento irrespetuoso con sus superiores o desavenencias frecuentes con sus compañeros de trabajo y/o con los clientes del Empleador; (xxii) Cualquier falta u omisión grave en el manejo de los dineros, efectos de comercio y valores, elementos de trabajo y herramientas; (xxiii) Negarse a cumplir sin justa causa órdenes que en el desempeño de su oficio le imparta el Empleador, siempre y cuando las mismas tengan una relación directa con las labores encomendadas y no afecten la dignidad del Trabajador; (xxiv) Que el Trabajador comprometa las decisiones del Empleador para beneficiar intereses diversos a los del objeto que desarrolla el Empleador, en contradicción con las pautas o normas que el Empleador le señale, o en perjuicio de su patrimonio económico; (xxv) La utilización para fines distintos a la labor para la cual fue contratado el Trabajador o en general cualquier uso ilegal o inadecuado de la red de internet y de la cuenta de email dispuesta por la Compañía para el cumplimiento a cabalidad de las funciones del Trabajador; (xxvi) El uso o destinación de las herramientas de trabajo suministradas por el Empleador para labores ajenas y/o que no tengan relación de causalidad con la ejecución del presente contrato de trabajo suscrito con el Trabajador, al igual que la negligencia o inobservancia del deber de cuidado para con dichas herramientas; (xxvii) las demás contempladas como faltas graves en el Reglamento Interno de Trabajo.

DÉCIMA QUINTA. – ACUERDO TOTAL. El presente documento sustituye y deja sin efecto cualquier otro contrato o acuerdo, verbal o escrito, que se haya suscrito o ejecutado con anterioridad entre las Partes, en relación con la vinculación laboral del Trabajador.

DÉCIMA SEXTA. – MODIFICACIONES. Este contrato de trabajo podrá ser modificado en cualquier tiempo por el mutuo consentimiento de las Partes. Las modificaciones que de este contrato de trabajo se hagan, deberán constar por escrito y se integrarán a él. Se entiende que cada una de las Partes otorga su consentimiento con la firma del documento que modifique este contrato de trabajo.

DÉCIMA SÉPTIMA. – MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES LABORALES. El Trabajador acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el Empleador, en ejercicio de su poder subordinante, tales como turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación del servicio, el cargo u oficio y/o funciones, la forma de remuneración, los períodos de pago etc., siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

CONSORCIO
NUEVA
ESPERANZA

DÉCIMA OCTAVA. – JORNADA. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo éste realizar ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente, respetando en todo caso los límites legales y garantizando el derecho a la desconexión laboral conforme a la ley. Así mismo, el empleador y el trabajador podrán acordar que la jornada semanal se realizará que conforme a la Ley 2101 de 2021 y a la Ley 2466 de 2025. En cumplimiento del Código Sustantivo del Trabajo y la normativa vigente, el horario ordinario será de lunes a viernes de 7:00 am a 12:30 pm y de 2:00pm a 4:30pm, y los sábados de 8:00am a 12:00pm. Este podrá ser modificado de acuerdo con las necesidades del servicio, sin superar la jornada máxima legal de cuarenta y dos (42) horas semanales ni vulnerar el derecho a la desconexión laboral.

DECIMA NOVENA. – INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la Ley y a la Jurisprudencia y será interpretado de buena fe, y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto definido en su artículo 1° es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

VIGÉSIMA. – DESIGNACIÓN DE EPS. El Trabajador igualmente manifiesta que, para los efectos de afiliación y cotización al sistema de salud, selecciona a la empresa promotora de salud S.O.S. El Trabajador declara que no se encuentra afiliado a otra EPS.

VIGÉSIMA PRIMERA. –LEY APLICABLE. Este contrato estará sujeto a la ley colombiana y deberá ser interpretado de buena fe por las Partes.

En constancia se firma en BOGOTÁ, el 04/11/2025 en dos ejemplares del mismo tenor, uno para el Empleador y otro para el Trabajador.

El Empleador,

HERNANDO LANCHEROS
Representante Legal

El Trabajador,

FREDY DNORES DIAZ TORRE
1094054521

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80350682

NUMERO

LOPEZ MOLANO

APELLIDOS

JOHN ALEXANDER

NOMBRES

John Alexander López M.

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1983**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-ABR-2001 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1505500-39096211-M-0080350682-20011122 **05486**01324A 01 100235240

Powered by CamScanner

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JOHN ALEXANDER LOPEZ	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.80350682

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	30	12	2025	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO

C.C. 80350682 R.H: O+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 29-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80350682

TSA - 14166

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 29 diciembre 2025 a 02 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 02 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80350682, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/12/2025 a 02/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SIG-F-003

EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN

V.1

NOMBRE COMPLETO Jhon Lopez	CARGO Tecnico
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE C.N.E.	NOMBRE DEL CONTRATISTA S.2R

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir accidentes y incidentes mantener el bienestar Fisico y mental	0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Preventivas y informativas y señal alerta tencia	0.42
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	participar en capacitaciones y charlas y utilizar los elementos de Proteccion	0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	caidos golpes, etc Fracturas	0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No uso de elementos de Proteccion Personal	0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	Piso mojado sin señalisacion	0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0.42

Jhon Lopez	Nadia Sandoval	07/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCION
NOTA 5.0	APROBÓ SI / NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	Jue 07 /01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jhon Lopez	Cédula:	83500 02
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	C2P
NOMBRE DEL CONTRATISTA.	C2P	CARGO	Tecnico

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	—
Normatividad específica del SST	✓		—
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		—

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedór de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA [signature]	NOMBRE: Jhon Lopez CARGO: Tecnico
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: John alexander lopez Molano

IDENTIFICADO CON C.C : 80350682

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operario

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 7/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Alexander Lopez	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 29 de December de 2025

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 CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80350682	LOPEZ MOLANO JOHN ALEXANDER	30/12/2025		47142F12	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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 29/12/2025 17:13:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		29 / 12 / 2025

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO: MOLANO	PRIMER NOMBRE: JOHN	SEGUNDO NOMBRE: ALEXANDER	

7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	80350682	F [ ] M [X]	DÍA / MES / AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
		Tipo F N M Condición T P			

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA U. R.	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA / MES / AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
GESTION CONTAX SAS	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.[X]	901673585		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
KM 25 VIA BOGOTA	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	30583196		

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA / MES / AÑO	OPERARIO	$1.423.500

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	[ ]	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	[X]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	[ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	[ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	[ ]	11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS	[ ]	12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
Código	[ ]		
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS	[ ]		
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]		

13. MOVILIDAD	
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	[ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	[ ]
14. TRASLADO	
A) MISMO RÉGIMEN	[ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN	[ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	[ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	[ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	[ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	[ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA / MES / AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
29 / 12 / 2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO identificado (a) con R.C. T.I. [x] C.C. C.E. Otro: _____

número 79967491 de BOGOTA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ [x] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ [x] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ [x] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ [x] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [x] No [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [x] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ [x] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ [x] No [ ]

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 Hábeas Data dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		Sí	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional		Doctorado	
Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
Básico Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado _____	

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista		Trabaja por su Cuenta	
Inicio Contrato		Fin Contrato				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación							Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV	
		NIT		C.C.		C.E.					
		P.A.		T.I.		C.D.					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

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:

JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.350.682**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 2 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 80350682
Nombres y Apellidos	JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	26/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	2/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

jNjOVMtkS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

LIC SST RES. 11232 de 12/12/2016 Según res. 1843 de 2025.
Validación: www.eximedica.com.co
TEL: 3174375676
EMAIL: eximedicacentromedicolaboral@gmail.com

TIPO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL:	PERIODICO		**ALCANCE DE LA EVALUACION:**	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS			
CERTIFICADO N°:	56790	**FECHA:**	09/03/2026	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.		
EMPRESA:	CONSTRUCCIONES C2P SAS			**CARGO:**	OPERARIO		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO						
TIPO DOC:	CC	**N° DOCUMENTO:**	80350682	**EDAD:**	42	**GENERO:**	M

EXAMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo, puede continuar en la labor	**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID -19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - PAUSAS ACTIVAS

USO DE EPP - PROXIMO CONTROL EN UN AÑO

Consentimiento informado del aspirante

Yo autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Exmédica centro médico laboral. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6757
Esp. Salud Ocupacional

DRA TATIANA PRADA GALVAN
ESP. SO 19212
PROFESIONAL

JOHN ALEXANDER LOPEZ MOLANO
ASPIRANTE O TRABAJADOR

Bogotá, Cundinamarca. 10 de Marzo 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. EX MEDICA CENTRO MEDICO LABORAL SAS, a nuestro colaborador **JOHN AEXANDER LOPEZ MOLANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.350.682.

Recomendaciones Para La Empresa

Hacer uso de elementos de proteccion personal de acuerdo a exposicion de riesgo, pacientes sin evidencia de condicion de riesgo covid -19.

Recomendaciones Especificas Trabajador

Se aconseja mantener estilos de vida saludables, Mantener alimentación saludable y balanceada, Se aconseja mantener adecuados hábitos postulares durante la realización de las tareas, Pautas de higiene y conservación auditiva - pausas activas, Uso de epp - próximo control en un año.

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Yo autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Exmédica centro médico laboral. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:19:07 horas del 02/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80350682,**
Apellidos y Nombres **LOPEZ MOLANO JOHN ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 93.021.761 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.423.500 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 29 de Diciembre del 2025 al 29 de Marzo de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **29 de DICIEMBRE de 2025.**

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO Jhon lopez	CARGO Tecnico
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE C.N.E.	NOMBRE DEL CONTRATISTA S.2P.

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir accidentes y incidentes mantener el bienestar Fisico y mental	0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Prebentibas y informatibas y señal alerta	0.42
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	participar en capacitaciones y charlas y utilizar los elementos de proteccion	0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	caidos golpes, etc Fracturas	0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No uso de elementos de proteccion personal	0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	Piso mojado sin señalisacion	0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0.42

Jhon lopez	Thalia Sandoval	07/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA 5.0	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.531.805

HERRERA PALACIOS
APELLIDOS

VICTOR MAY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1992**

LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-AGO-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00783607-M-1024531805-20160415 0048042306A 1 1223740845

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: VICTOR MAY HERRERA	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1024531805

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	14	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

VICTOR MAY HERRERA PALACIOS

C.C. 1024531805 R.H: A+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 13-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

TRABAJO EN ALTURA

STAFF AND SERVICES SAS

NIT: 900870257-2

Con autorización del ministerio de trabajo NR:08SE2021220100000050096,
Código de acreditación BUREAU VERITAS 09-CPR-008 y código de certificación
BUREAU VERITAS N° CO25.00206

CERTIFICA QUE :

VICTOR MAY HERRERA PALACIOS

Cédula de ciudadanía Nº 1024531805

Empresa: CONSTRUCCIONES C2P SAS
NIT: 901340675-8
Representante Legal: MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
ARL: SURA

Cumpliendo con lo establecido en la resolución 4272 de 2021

Cursó y aprobó la capacitación y entrenamiento en:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

STAFF & SERVICES

Realizado en Bogotá D.C. del (14) del mes de enero de 2026 al (14) del mes de enero de 2026 con una intensidad d
8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá D.C. a los (14) del mes de enero de 2026

Sonia Elizabeth Herrera Bello.
Representante Legal

ANGIE XIOMARA REY URREGO
Entrenador
Lic 10233 de 17/11/2023

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Victor Nuy. Herrera.	CARGO	Ayudante
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sap

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la Seguridad y salud de los trabajadores Mediante la identificacion. y prevencion. y Control de los riesgo del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	• Señalizacion obligatoria. • Señalizacion de emegencia • Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de epp Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Cableado electrico expuesto en el. area de trabajo Superficie desordenada que pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

	FIRMA DEL TRABAJADOR Victor Herrera	FIRMA DEL EVALUADOR Thalia. Sanabria	15/01/26 FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5,0	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 5,0

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	15 Enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Victor may Herrera.	Cédula:	1024533805
DEPENDENCIA/PROYECTO :	obra.	CONTRATISTA:	C2P
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P	CARGO	Ayudante

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		—
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		—

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Victor Herrera	NOMBRE: Victor May Herrera CARGO: Ayudante
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Victor May · Herrera

IDENTIFICADO CON C.C : 1024531805

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : ayudante

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 15/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Victor May	FIRMA RESPONSABLE SST Aralia Sanabria

Scanned with CamScanner

ARL | sura

edellín, 15 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1024531805	HERRERA PALACIOS VICTOR MAY	14/01/2026		175222u2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311396042601544992

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/01/2026 12:29:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A → 1 4 0 1 2 0 2 6

791008038

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
HERRERA	PALACIOS	VICTOR	MAY

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	1024531805	Femenino / Masculino: X	F / M: X / T / NB / Otro / Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	D D M M A A A A → 1 5 0 2 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	COLPENSIONES	$ 1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CL 49 C # 13 - 70	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3164557809	VICTORMAYVA90@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	CL 49 C # 13 - 70	Cabecera Municipal: X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.	NIT	901340675	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CALLE 37 # 16 - 29	3123361369

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	1 3 0 1 2 0 2 6	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [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.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
	001	11	

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			1 4 0 1 2 0 2 6	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 14-01-2026	

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado VICTOR MAY HERRERA PALACIOS

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X	NO

Victor May Herrera
Firma del Afiliado VICTOR MAY HERRERA PALACIOS
Documento de Identidad 1024531805

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

VICTOR MAY HERRERA PALACIOS, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Victor May Herrera

Nombre: VICTOR MAY HERRERA PALACIOS

Identificación: 1024531805

Fecha: 14-01-2026

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR MAY HERRERA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.531.805**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero 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.

Bogotá DC. 14 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 14/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1024531805
Nombres y Apellidos	VICTOR MAY HERRERA PALACIOS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	13/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	14/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

rOW6Jb9GS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° ingreso	**145702**	**Fecha Impresión**	2026-01-14
Fecha Ingreso	2026-01-14 12:17:58	**Nombre**	VICTOR MAY HERRERA PALACIOS
CC	1024531805	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1992-07-26	**Edad**	33 años
Dirección		**Teléfono**	316645780
Estado Civil	Soltero(a)	**N° Hijos**	0
Fecha Salida	2026-01-14 12:42:12	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	A+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		

Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: VICTOR MAY HERRERA PALACIOS
CC 1024531805

Bogotá, Cundinamarca. 14 de Enero 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS, a nuestro colaborador **VICTOR MAY HERRERA PALACIOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.531.805.

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

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

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:34:23 horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1024531805,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **VICTOR MAY HERRERA PALACIOS**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.024.531.805 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 13 de Enero del 2026 al 13 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **13 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.024.577.999**

VANEGAS HERNANDEZ

APELLIDOS

EDISSON IGNACIO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01053210-M-1024577999-20181227 **0063**934666A 2 9906799847

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDISSON VANEGAS	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1024577999

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	14	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ

C.C. 1024577999 R.H: O+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 13-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

STAFF AND SERVICES SAS

NIT: 900870257-2

Con autorización del ministerio de trabajo NR:08SE2021220100000050096, Código de acreditación BUREAU VERITAS 09-CPR-008 y código de certificación BUREAU VERITAS N° CO25.00206

CERTIFICA QUE :

EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ

Cédula de ciudadanía Nº 1024577999

Empresa: CONSTRUCCIONES C2P SAS
NIT: 901340675-8
Representante Legal: MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
ARL: SURA

Cumpliendo con lo establecido en la resolución 4272 de 2021

Cursó y aprobó la capacitación y entrenamiento en:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

STAFF & SERVICES

Realizado en Bogotá D.C. del (14) del mes de enero de 2026 al (14) del mes de enero de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá D.C. a los (14) del mes de enero de 2026

Sonia Elizabeth Herrera Bello.
Representante Legal
Staff And Services SAS

ANGIE XIOMARA REY URREGO
Entrenador
Lic 10233 de 17/11/2023

STAT-18531

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Edisson · Ignacio · Vanegas ·	CARGO	operario.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	O&P

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente labaal.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalizacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia · Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	cableado electrico expuesto en el. area de trabajo
Escriba un ejemplo de condición insegura	Superficies desordenadas que pueden producir caida al mismo nivel. el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
Edson Vanegas	Thalia. Sanabria	15/01/26
NOTA: 5,0	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5,0

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	15 enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	Operario.
Nombre de quien recibe la inducción:	Edisson · Ignacio · Vanegas.	Cédula:	1024.579.949.
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	C2P
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P	CARGO	Operario.

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad especifica del SST	✓	—	—
Responsabilidades frente al SG-SST	✓	—	—

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Edison Vanegas	NOMBRE: Edisson Vanegas CARGO: Operario
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: EDISSON IGNACIO VANEGAS

IDENTIFICADO CON C.C : 1024577999

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : OPERARIO

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [ ] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [ ] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [ ] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, políticas y reglamentos internos el día 15/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA EDISSON V.	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria.

Scanned with CamScanner

Medellín, 13 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 CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024577999	VANEGAS HERNANDEZ EDISSON IGNACIO	14/01/2026		17519691	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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 13/01/2026 17:13:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012568343
9012568343

No. de Radicación SAT: 30136355

Fecha de Radicación: 14 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VANEGAS	HERNANDEZ	EDISSON	IGNACIO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1024577999	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				23 D 12 M A 1996 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES CDOSP SAS	NT	901340675	

59. Ubicación				
DG 54G 3 30 SUR Dirección	31233613 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 13 M 01 A 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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. [ ]

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

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

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

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

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

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:

EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.577.999**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero 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.

Bogotá DC. 14 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 14/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1024577999
Nombres y Apellidos	EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	13/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	14/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905



Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

vb47oH0pS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° ingreso	**145704**	**Fecha Impresión**	2026-01-14
Fecha Ingreso	2026-01-14 12:33:20	**Nombre**	EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ
CC	1024577999	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1996-12-23	**Edad**	29 años
Dirección		**Teléfono**	3195029779
Estado Civil	Soltero(a)	**N° Hijos**	0
Fecha Salida	2026-01-14 12:54:58	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		

Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ
CC 1024577999

Bogotá, Cundinamarca. 14 de Enero 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS, a nuestro colaborador **EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.577.999.

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

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

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:16:22 horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1024577999,** Apellidos y Nombres **VANEGAS HERNANDEZ EDISSON IGNACIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.024.577.999 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 13 de Enero del 2026 al 13 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **13 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.126.243.654

GIL MERCADO

APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

LUIS GIL

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2002

ZULIA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

13-OCT-2020 MORROA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2808000-01170339-M-1126243654-20201014 0072064532A 1 8500783223

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Miguel Gil Mercado **CARGO** Ayudante de Obra **C.C.** 1'126.243.654

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas Seguridad	Chaleco Reflectivo		
1	15	01	26	1	1	/	1	/	/	/	/	/	/	/	1	/	/	1	/	/	/	1	1		Luis Gil
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis miguel Gil

IDENTIFICADO CON C.C : 1126243829

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Ayudante

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 13/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Luis Gil	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Jaramillo

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	13/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis Gil	Cédula:	1-1262436594
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Sara C.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Oficial

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Luis Gil	NOMBRE: Luis Gil CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Luis Gil	CARGO	Oficial
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la Seguridad y Salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalizacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia - Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y Cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Cableado electrico expuesto en el area de trabajo Superficies desordenadas que Pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

		13/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
Luis Gil	Hellia. Sanabria	
NOTA 5,0 / APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5,0

Bogotá D.C., enero 19 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS MIGUEL GIL MERCADO , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1126243654, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: CESAR AUGUSTO GONZALEZ BOTERO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TOBERIN
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 14/01/2026 a 14/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 19 de 2026

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-6114

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

LUIS MIGUEL GIL MERCADO

Con número de identificación 1126243654 vinculado a la empresa SARA CONSTRUCCIONES SAS con NIT 901343924, representada por RODRIGUEZ HIGUERA NANCY MYRIAM y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de formación en:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de (8) horas

Curso realizado en Bogotá el 14 enero 2026
se expide el 14 enero 2026 en la ciudad de Bogotá

CESAR AUGUSTO GONZALEZ BOTERO .
RES. No.27875 04/08/2025
ENTRENADOR

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE
TRABAJO 08SE2018220000000028172

LAURA CAMILA RODRIGUEZ OLAYA
DELEGADO ANSAR CENTRO DE FORMACION
PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-2193707
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 - Bogotá - Colombia

Sara Construcciones SAS



LUIS MIGEL GIL MERCADO

Ayudante de Construcción

CC: 1126243654

RH: A+



SARA CONSTRUCCIONES

Este carnet es propiedad de Sara Construcciones es personal e intransferible.

El uso indebido del mismo da lugar a sanciones legales.

En caso de pérdida o daño debe cancelar su reposición para expedición de un duplicado.

Si usted encuentra este documento comuníquese al cel 3123921337 o devolver en las instalaciones Kr 13 #24 a 48, La Alameda, Bogotá, Cundinamarca

Medellín, 15 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SARA CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1126243654	GIL MERCADO LUIS MIGUEL	17/12/2025		h16o1641	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C521899602601543386

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 15/01/2026 12:03:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 138.84.53.9, 198.143.41.34, 172.16.42.57

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GIL	MERCADO	LUIS	MIGUEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1126243654	Femenino [ ] Masculino [X]	D D 12 M M 09 A A A A 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo F N M [ ] Condición T P [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC
SURA	PORVENIR	1,423,500

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA	X			BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SARA CONSTRUCCIONES	NIT	901343924	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 49C SUR 78-59	3152552289	REC@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

Forma 1 de 2
08/2016

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

D.P. 00000 0000

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 900.000.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 16 12 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
	HENRY ALARCON

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ TI ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

Página 2 de 2

- 2a. COPIA: AFILIADO -

RADICADO PARA CONSULTA E.P.S. 6 DIC 2025 COPIA CONTROLADA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS MIGUEL GIL MERCADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.126.243.654**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS MIGUEL GIL MERCADO identificado(a) con CC No. 1126243654, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SARA CONSTRUCCIONES SAS con NIT 9013439240:

- Fecha de afiliación a la Caja: 16/12/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/12/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 16/12/2025

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

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

SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GIL MERCADO LUIS MIGUEL	Masculino	23 Años	CC (Tipo)	1126243654 (Número)

Cargo **AYUDANTE DE OBRA CIVIL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE PVE DE LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Firma:

Nombre: TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: LuisGil

Nombre: GIL MERCADO LUIS MIGUEL

CC 1126243654

CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Examen médico Ingreso- alturas

Por medio del presente documento, **SARA CONSTRUCCIONES S.A.S.** manifiesta su compromiso con la promoción de un ambiente de trabajo saludable y con la protección del bienestar integral de sus colaboradores, en cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Nos permitimos informar al señor **LUIS MIGUEL GIL MERCADO,** identificado Cedula de ciudadanía **No 1126243654**, que de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de ingreso**, realizado el día **14** del mes de **Enero** del año **2026**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, Para el cargo **AYUDANTE OBRA CIVIL** se emitieron las siguientes **recomendaciones médicas ocupacionales**, las cuales deberán ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de sus labores:

Recomendaciones generales:

- Control Peso
- Mantener hábitos nutricionales saludables.
- Realizar ejercicio físico regular mínimo **tres (3) veces por semana**.
- Utilizar de manera adecuada los **Elementos de Protección Personal (EPP)** según los riesgos asociados al cargo.
- Antes de recorrido consume carbohidratos de liberación lenta para tener energía sostenida
- Evitar fumar
- Hábitos y estilo de vida saludable

Recomendaciones específicas según sistemas:

- **Sistema osteomuscular:** Realizar pausas activas, ejercicios de estiramiento y adoptar posturas ergonómicas adecuadas durante la jornada laboral.
- **Sistema visual:** Educación en higiene visual, uso de protección visual de acuerdo con el tipo de exposición, adecuada iluminación del puesto de trabajo y realización de pausas activas visuales.
- **Trabajo en alturas:** Contar con capacitación y certificación vigente para trabajo en alturas, conforme a la normatividad aplicable.
- **Sistema auditivo:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral

Desde el área de **Seguridad y Salud en el Trabajo**, se realizará **seguimiento periódico** al cumplimiento de las recomendaciones aquí establecidas, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Para **SARA CONSTRUCCIONES S.A.S.** la salud de sus trabajadores es una prioridad, por lo cual agradecemos su compromiso y colaboración en la implementación de las recomendaciones emitidas.

CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

Al firmar este documento manifiesto que he recibido, leído y comprendido las recomendaciones médicas y ocupacionales emitidas por el profesional de la salud y comunicadas por la empresa, como resultado del examen médico ocupacional de ingreso.

Firma del trabajador:

LUISGIL

Firma área SST

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:31:40 horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1126243654,**
Apellidos y Nombres **GIL MERCADO LUIS MIGUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SARA CONSTRUCCIONES** , con NIT **901343924-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

CONTRATO LABORAL

Entre los suscritos a saber:

EL EMPLEADOR**: SARA CONSTRUCCIONES**, identificada con NIT **No. 901.343.924**, con domicilio en BOGOTA D.C

EL TRABAJADOR: LUIS MIGUEL GIL MERCADO identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 1.126.243.654 con domicilio en BOGOTA D.C.

Las partes acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo por Obra o Labor Determinada, regido por el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes en Colombia.

PRIMERA. CARGO

Cargo a desempeñar: AYUDANTE DE OBRA

SEGUNDA. OBJETO DEL CONTRATO

El trabajador se compromete a ejecutar la siguiente obra o labor determinada:

ARREGLO LOCATIVO PARQUE JARDINES BOGOTA

TERCERA. NATURALEZA DEL CONTRATO

Contrato laboral por obra o labor determinada, conforme al artículo 45 del CST.

CUARTA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

BOGOTA D.C

QUINTA. JORNADA DE TRABAJO

Conforme a la ley y a las necesidades del proyecto.

SEXTA. SALARIO

El empleador pagará un salario mensual de $**$1.750.905** COP (Salario Mínimo Legal Mensual Vigente).

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

SÉPTIMA. AUXILIO DE TRANSPORTE

Auxilio legal de transporte por valor de $200.000 COP mensuales,

OCTAVA. FORMA DE PAGO

El pago se realizará de forma mensual mediante transferencia bancaria.

NOVENA. PRESTACIONES SOCIALES

Cesantías, intereses a las cesantías, prima de servicios y vacaciones conforme a la ley.

DÉCIMA. SEGURIDAD SOCIAL

Afiliación a salud, pensión y ARL.

DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN

El contrato finalizará al concluir la obra o labor contratada.

Para constancia se firma en la ciudad de BOGOTA DC , a los 15 días del mes de Enero de 2026.

EMPLEADOR

NANCY MIRYAM RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

LuisGil

NOMBRE Luis Miguel Gil Mercado
CEDULA 1126243654

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.739.870**

JALABE ROBLES

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

Jose Jalabe R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1983**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-NOV-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500100-01038719-M-0080739870-20180920 0062678627A 1 9905726

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Joseluis Jalabe Robles **CARGO** Pintor **C.C.** 80739870

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Carota	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosquetón	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad			
1	18	12	25	1	1		1					1				1				×		1			Jose Jalabe R
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	**NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jose luis Jalabe

IDENTIFICADO CON C.C : 80739870

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☐ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☐ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☐ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 13/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Jalabe	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	13/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jose Luis Jakabe	Cédula:	80739-870
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	—
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Oficial

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
efinición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA: [signature] NOMBRE: Jose Luis Jakabe CARGO: Oficial	
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Jose Julabe	CARGO	Oficial.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la Seguridad y Salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalitacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia - Señalizacion preventiva
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y Cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Cableado electrico expuesto en el area de trabajo Superficies desordenadas que pueden provocar caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	El trabajador esta operando sin EPP

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

		13/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
Jose Julabe	Hadia. Sanabria	
NOTA: 5 / APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5

Sara Construcciones SAS



JOSE LUIS JALABE R.

Pintor

CC: 80739870

RH: A+



SARA CONSTRUCCIONES

Este carnet es propiedad de Sara Construcciones es personal e intransferible.

El uso indebido del mismo da lugar a sanciones legales.

En caso de pérdida o daño debe cancelar su reposición para expedición de un duplicado.

Si usted encuentra este documento comuníquese al cel 3123921337 o devolver en las instalaciones Kr 13 #24 a 48, La Alameda, Bogotá, Cundinamarca

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

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 SARA CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C80739870	JALABE ROBLES JOSE LUIS	17/12/2025		15033328	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C521899602535039914

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 16/12/2025 11:05:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.60.242.69, 192.230.104.8, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015953084	16|1|12|2|0|2|5

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			
JALABE (Primer apellido)	ROBLES (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	LUIS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	80739870	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		2|2|0|4|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 93 D 72 49 SUR		3205418596	JOSEJALABE@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SARA CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901343924	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 49 C SUR NO 78 N 59	8214906	PHOONANCY@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4015953084

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS JALABE ROBLES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.739.870**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta

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

porvenir
sólo hay uno

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE LUIS JALABE ROBLES identificado(a) con CC No. 80739870, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SARA CONSTRUCCIONES SAS con NIT 9013439240:

- Fecha de afiliación a la Caja: 16/12/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 16/12/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 16/12/2025

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JALABE ROBLES JOSE LUIS	Masculino	42 Años	CC (Tipo)	80739870 (Número)

Cargo **PINTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDÍCAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
"MONITOREO CONSTANTE DE LA ATMÓSFERA.
"SEÑALES DE ADVERTENCIA DE DIFICULTADES RESPIRATORIAS.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Tayde Avila Garcia
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LSO 3274-2022

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

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: JALABE ROBLES JOSE LUIS
CC 80739870

CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES *Examen médico Ingreso-*

Por medio del presente documento, **SARA CONSTRUCCIONES S.A.S.** manifiesta su compromiso con la promoción de un ambiente de trabajo saludable y con la protección del bienestar integral de sus colaboradores, en cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Nos permitimos informar al señor **JOSE LUIS JALABE ROBLES,** identificado Cedula de ciudadanía No. **80739870**, que de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de ingreso**, realizado el día **06** del mes de **Enero** del año **2026**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, Para el cargo **PINTOR** se emitieron las siguientes **recomendaciones médicas ocupacionales**, las cuales deberán ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de sus labores:

Recomendaciones generales:

- Control periódico ocupacional
- Mantener hábitos nutricionales saludables.
- Realizar ejercicio físico regular mínimo **tres (3) veces por semana**.
- Utilizar de manera adecuada los **Elementos de Protección Personal (EPP)** según los riesgos asociados al cargo.
- Antes de recorrido consume carbohidratos de liberación lenta para tener energía sostenida Evitar fumar
- Hábitos y estilo de vida saludable

Recomendaciones específicas según sistemas:

- **Sistema osteomuscular:** Realizar pausas activas, ejercicios de estiramiento y adoptar posturas ergonómicas adecuadas durante la jornada laboral.
- **Sistema visual:** Educación en higiene visual, uso de protección visual de acuerdo con el tipo de exposición, adecuada iluminación del puesto de trabajo y realización de pausas activas visuales.
- **Trabajo en alturas:** Contar con capacitación y certificación vigente para trabajo en alturas, conforme a la normatividad aplicable.
- **Sistema auditivo:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral

Desde el área de **Seguridad y Salud en el Trabajo**, se realizará **seguimiento periódico** al cumplimiento de las recomendaciones aquí establecidas, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Para **SARA CONSTRUCCIONES S.A.S.** la salud de sus trabajadores es una prioridad, por lo cual agradecemos su compromiso y colaboración en la implementación de las recomendaciones emitidas.

CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

Al firmar este documento manifiesto que he recibido, leído y comprendido las recomendaciones médicas y ocupacionales emitidas por el profesional de la salud y comunicadas por la empresa, como resultado del examen médico ocupacional de ingreso.

Firma del trabajador:

Jose Jalabe R

Firma área SST



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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:48:51 horas del 04/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **807739870,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Sara Construcciones** , con NIT **901343924-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

CONTRATO LABORAL

Entre los suscritos a saber:

EL EMPLEADOR**: SARA CONSTRUCCIONES**, identificada con NIT **No. 901.343.924**, con domicilio en BOGOTA D.C

EL TRABAJADOR: JOSE LUIS JALABE ROBLES identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 80739870 con domicilio en BOGOTA D.C.

Las partes acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo por Obra o Labor Determinada, regido por el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes en Colombia.

PRIMERA. CARGO

Cargo a desempeñar: PINTOR

SEGUNDA. OBJETO DEL CONTRATO

El trabajador se compromete a ejecutar la siguiente obra o labor determinada:

ARREGLO LOCATIVO PARQUE JARDINES BOGOTA

TERCERA. NATURALEZA DEL CONTRATO

Contrato laboral por obra o labor determinada, conforme al artículo 45 del CST.

CUARTA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

BOGOTA D.C

QUINTA. JORNADA DE TRABAJO

Conforme a la ley y a las necesidades del proyecto.

SEXTA. SALARIO

El empleador pagará un salario mensual de $1.423.500 COP (Salario Mínimo Legal Mensual Vigente).

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

SÉPTIMA. AUXILIO DE TRANSPORTE

Auxilio legal de transporte por valor de $200.000 COP mensuales,

OCTAVA. FORMA DE PAGO

El pago se realizará de forma mensual mediante transferencia bancaria.

NOVENA. PRESTACIONES SOCIALES

Cesantías, intereses a las cesantías, prima de servicios y vacaciones conforme a la ley.

DÉCIMA. SEGURIDAD SOCIAL

Afiliación a salud, pensión y ARL.

DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN

El contrato finalizará al concluir la obra o labor contratada.

Para constancia se firma en la ciudad de BOGOTA DC , a los 30 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY MIRYAM RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Denny Jhoan Gonzalez Pabón
CEDULA 1034325019

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Alvaro Osorio Vanegas

CARGO Ayudante

C.C. 80 180 134

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco	
1	08	01	26	1	1			1				1				1		1		1		1			Luis O
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES
LF

LF	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			CÓDIGO	FR13-72
	Proceso: GESTIÓN HSE			VERSIÓN	01
				PAGINAS	1 DE 1
ELABORO	Inspector HSE	REVISO	Coordinador HSE	FECHA	abr-23

NOMBRE	Luis Alvaro Osoba	CEDULA	80188134
CARGO	AYUDANTE	AREA	

NOTA: Con la firma de recibido en el documento, el firmante declara que se hace responsable por los elementos de protección personal recibidos y que acepta la siguiente declaración:

Firmo en constancia de que conozco el tipo de elemento de protección personal, lo se utilizar, estoy de acuerdo con que es acorde y pertinente ara realización de mi trabajo y es mi responsabilidad darle un adecuado uso para evitar accidentes de trabajo y minimizar los riesgos presentes en mi labor.

Así mismo declaró que he recibido los EPP descritos en este documento y al firmar me comprometo a velar por el buen uso, trato y devolución de los mismos.

En caso de perdida o daño de los EPP (Diferentes al desgaste natural) autorizo irrevocablemente a la empresa a descontar el valor comercial de estos por nomina/o liquidación final del contrato laboral que actualmente se encuentre vigente entre las partes.

CANT.	DESCRIPCIÓN	DEVUELVE			FECHA DE ENTREGA			UBICACIÓN PLANTA/OBRA	FIRMA	OBSERVACIONES
		S	N	N.A	DD	MM	AA			
1	OVEROL	Y			13	02	2026			
1	CASCO	Y			13	02	2026			
1	GAFAS	Y			13	02	2026			
1	TAPAOIDOS	Y			13	02	2026			
1	GUANTES	Y			13	02	2026			
	Botas	Y			13	02	2026			

Cra 18 No. 9A-89 • Soacha - Cundinamarca
Cel.: 310 621 2084
construccionesysoluciones@gmail.com

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Alvaro Osorio

IDENTIFICADO CON C.C : 80188134

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Ayudante.

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos** : Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, políticas y reglamentos internos el día 12 Febrero 26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Luis Osorio	Talia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Talia Sanabria.

Contratista
Luis Fajardo

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	12 Febrero 26		
Nombre del responsable:	Luis Alvaro Osorio Vanegas	Cargo:	SST.
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis Alvaro Osorio	Cédula:	80 188 134
DEPENDENCIA/PROYECTO		CONTRATISTA:	Luis Fajardo
NOMBRE DEL CONTRATISTA		CARGO	Ayudante.

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Procedimientos en casos de emergencia	X
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	X	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	X
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	X	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	X
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	X	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	X
Acto Inseguro y Condición insegura	X	Elementos de protección personal EPP para el cargo	X
Procedimientos administrativos	X	Uso y mantenimiento de los EPP	X
Señalización y demarcación de áreas	X	Procedimientos ambientales	X
Normatividad especifica del SST	X		X
Responsabilidades frente al SG-SST	X		X

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA:	NOMBRE: Luis Osorio CARGO: Ayudante.
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Talia Sanabria NOMBRE: Talia Sanabria	OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Luis Osorio	CARGO	Ayudante.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE		NOMBRE DEL CONTRATISTA	Luis Eduardo

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para cuidar la seguridad de los trabajadores
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	colombinas, cinta, salidas de emergencia
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	cumplir con mis EPPs asistir a capacitaciones
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortes, caídas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	bajar las escaleras corriendo
Escriba un ejemplo de condición insegura	escaleras dañadas para el uso

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.		X
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

FIRMA DEL TRABAJADOR	Talia Sarabia FIRMA DEL EVALUADOR	12 Feb 26 FECHA DE LA INDUCCIÓN 12 Febrero 26

NOTA	APROBÓ		
5/5	SI	X	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
	NO		

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., febrero 24 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80188134, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SEGURIDAD INDUSTRIAL Y TRABAJO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: JOHN JAIRO GUACANEME GONZALEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: SEGURIDAD INDUSTRIAL Y TRABAJO EN ALTURAS SAS
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 13/02/2026 a 13/02/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 24 de 2026

SEGURIDAD INDUSTRIAL Y TRABAJO EN ALTURA SAS

NIT 901638581-5

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA

Número de Aprobación Min. de Trabajo 085E2023200000000037444 de Fecha 2023/07/25
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Res. # 8369 de 11/12/2022 Resolución 4272 de 2021
NTC 6072:2014 otorgada por BUREAU VERITAS CERTIFICATION CO23.00372 acreditado ONAC 09-CPR008

CERTIFICA QUE:

LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS
CC 80188134

Asistió y Aprobó satisfactoriamente el nivel de formación:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
Con una intensidad horaria de **8** horas.

Realizado en la ciudad de Bogotá, D.C. el día 13 de Febrero de 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS
NIT: 901592036-2
REPRESENTANTE LEGAL: LUIS HUMBERTO FAJARDO
ARL: SURA

Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C. el día 13 de Febrero de 2026

Andrea Vargas Zipacón
Representante Legal

John Jairo Guacaneme G.
Licencia SST 8474 del 09/04/2021

La autenticidad de este documento podrá ser validada en el correo sitaltsas@gmail.com o en los número registrados en este certificado.

Vigilado Ministerio de Trabajo

ESTE DOCUMENTO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

El presente aviso legal regula las condiciones donde se compromete expresamente a hacer uso adecuado de este documento y contenido, el aprendiz acepta plenamente, sin reservas de todas y cada una de las directrices reflejadas en este texto, que NO podrá sufrir modificaciones o alteraciones. El aprendiz se obliga a hacer un uso correcto del documento de acuerdo con las disposiciones legales y la buena fe, evitando en todo momento la utilización de los mismos para difundir contenidos ilícitos, realizando actuaciones susceptibles como alterar, interrumpir o generar errores respondiendo ante SEGURIDAD INDUSTRIAL Y TRABAJO EN ALTURA S.A.S o frente a terceros los daños o perjuicios que pudiera causar debido al incumplimiento de esta obligación (reproducción, falsificación y/osuplantación), el cual conlleva sanciones legales y penales por ser un documento publico y privado

Carrera 45A sur # 50A - 56
Prin. 314 356 0070 Sec. 300 113 4203
314 356 0070
sitaltsas@gmail.com

Medellín, 12 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 CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80188134	OSORIO VANEGAS LUIS ALVARO	13/02/2026		14745025	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 15:22:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.31.213, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

901056000
9010567345

27038000
Número de Radicación

12 02 2026
Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]				
	D. De oficio [ ]				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: OSORIO	Segundo Apellido: VANEGAS	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ALVAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80188134	Femenino [ ] Masculino [X]	D 11 D M 11 M A 1983 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización IBC	18. Residencia		
$1.750.905	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna / Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Razón social o apellidos y nombres del aportante	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES LF SAS	NT	901592036	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CR 65 NO. 2 A 96	3219867614		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 12 D M 02 M A 2026 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

VIGILADO Supersalud

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:	71. Firma del funcionario
		CARGO: OFICIAL	

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.

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.188.134**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 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.

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000600600

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **04/03/2026 08:46:34** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 80188134** Nombre **LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS** Sexo **M** Edad **42 Años**

Teléfono **3043439036** Dirección **CL 33 SUR NO. 7-99 ESTE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901592036 - CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES.**

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

Arl **COLMENA** Fondo de pensión **PORVENIR**

ÉNFASIS

Alturas	[x]	Cardiovascular	[ ]	Manipulación de alimentos	[ ]
Osteomuscular	[x]	Espacios confinados	[ ]	Otros	[ ]

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [x] NO [ ]
Visiometría	[x]	Glic [x] Col [x] Trigli [x] PL [x] Otros [ ]	
Optometría	[ ]	**¿Cuáles?**	
Audiometría	[x]		
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 día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **04/03/2026 08:46:34** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 80188134** Nombre **LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS** Sexo **M** Edad **42 Años**

Teléfono **3043439036** Dirección **CL 33 SUR NO. 7-99 ESTE**

Cargo **AYUDANTE**

Empresa **901592036 - CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS**

Actividad económica **CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES.**

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

Arl **COLMENA** Fondo de pensión **PORVENIR**

VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOMETRÍA SEMESTRAL EPS
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN / HIGIENE POSTURAL.
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Katherine Brigette Blanco Arambulo
Médico General
Médico esp. Gerencia en SST.
CE 729744 RM 729744
LIC. SO 4072- 14/06/2023

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Bogota D.c , 03 de Marzo de 2026

Nombre del funcionario: **LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS**
C.C**.: 80188134**
Cargo: **AYUDANTE**

El compromiso de **CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES LF SAS** garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento humano por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO INGRESO	■	**MEDICO PERIODICO**	☐	**POST INCAPACIDAD**	☐
TRABAJO ALTURAS	■	**REUBICACIÓN**	☐	OTRO	☐

Realizado el **3/03/2026** se generaron los conceptos y recomendaciones que se relacionan a continuación:

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/ REALIZAR

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico (anexo) para que se dé el manejo recomendado.
Agradecemos, notifique al Grupo de Talento Humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

GESTOR SST	TRABAJADOR
CLARA INES HOYOS	**LUIS ALVARO OSORIO VANEGAS**
C.C 52.928,540	C.C **80188134**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:29:38 horas del 12/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80188134,** Apellidos y Nombres **OSORIO VANEGAS LUIS ALVARO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES LF**, con NIT **901592036-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

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

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO

EMPLEADOR: NIT: 901592036-2 REPRESENTANTE LEGAL: **LUIS HUMBERTO FAJARDO** C.C. 1.056.410.286 De PAUNA.	**DOMICILIO PRINCIPAL:** CRA 18 # 9ª-89 Bogotá D.C. Teléfonos: 3106212084 Email: construccionesysolucioneslf@gmail.com
TRABAJADOR: LUIS Alvaro OSORIO C.C. 80189134	**DOMICILIO TRABAJADOR:** Celular: 304 3439036
CARGO: AYUDANTE	
SALARIO: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS MCTE	
Periodo de pago: QUINCENAL.	**Ciudad de Contratación:**
Lugar de desempeño de labores: Piedra Verde	**Fecha iniciación de labores:** 24/02/2026
Duración del contrato: 3 MESES	**Vence el día:** **23/05/2026**

LUIS HUMBERTO FAJARDO, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.056.410.286, en condición de Representante Legal de la sociedad **CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS**, con NIT: 901592036-2 y quien para efectos de este acuerdo se denominará **EL EMPLEADOR** y de otra parte, LUIS Alvaro OSORIO identificado con la cédula de ciudadanía No. 80189134, domiciliad@ en la ciudad de_____, quien actúa en nombre propio y para todos los efectos legales se denominará **EL TRABAJADOR**, hemos convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo a término fijo, el cual se constituye en un acuerdo único y total entre las partes y prevalece sobre cualquier propuesta verbal o escrita, sobre toda negociación previa y sobre cualquier comunicación escrita respecto de su objeto, el cual se rige por las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para desempeñarse como **MAESTRO DE OBRA**, además de las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR**, a partir del día 01 de abril de 2025. **SEGUNDA: OBLIGACIONES GENERALES DE LAS PARTES:** incumbe **AL EMPLEADOR** la obligación de protección y de seguridad para con **EL TRABAJADOR**, y a este último, las obligaciones de obediencia y fidelidad para con **EL EMPLEADOR**, en concordancia con los artículos 56, 57, 58, 59 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO PRIMERO. -** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la empresa y sus trabajadores, en especial las del contrato de trabajo para el cargo que se suscribe, así como también, las obligaciones consignadas en el reglamento de trabajo, higiene y de seguridad industrial de la empresa, tal como se describe a continuación: **Obligaciones Generales del EMPLEADOR**: 1)Poner a disposición del **TRABAJADOR**, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y necesarios para la realización de las labores que le son encomendadas. 2) Brindar al **TRABAJADOR** los elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales de tal forma que se garanticen razonablemente su seguridad y su salud. 3) Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad. Para tal efecto, en el lugar de prestación del servicio, en concordancia con los previsto en la ley, mantendrá lo necesario, según reglamentación de las autoridades en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo (SST). 4) Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos. 5) Corresponde al empleador, la obligación frente a la seguridad social de

sus trabajadores, debiendo afiliarlos al sistema, pagar las cotizaciones, y pagar a sus trabajadores incapacidades y licencias que luego debe reclamar a la EPS o ARL. 6) Las demás obligaciones y prohibiciones establecidas en los artículos 57 y 59 del C.S.T. **Obligaciones Generales del TRABAJADOR: 1)** Realizar personalmente la labor en los términos estipulados en el contrato que se suscribe, observando los preceptos del reglamento y acatando las órdenes e instrucciones que de modo particular le impartan **EL EMPLEADOR** o sus representantes, según el orden jerárquico establecido. **2)** No comunicar a terceros, salvo la autorización expresa, la información relativa a su trabajo o a la empresa, particularmente sobre la que ostenta naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al **EMPLEADOR**, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes. **3)** Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados para el cumplimiento de la labor para el cual fue contratada. **4)** Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros. **5)** Comunicar oportunamente al **EMPLEADOR** las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y/o perjuicios. **6)** Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o los bienes de la empresa **7)** Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **EL TRABAJADOR** se obliga a informar oportunamente al **EMPLEADOR,** sus condiciones y o limitaciones que puedan afectar su salud. **8)** Laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de los horarios señalados en este contrato, pudiendo **EL EMPLEADOR** efectuar ajustes o cambios cuando lo estime conveniente. **9)** Observar rigurosamente las normas que le fije **EL EMPLEADOR** para la realización de la labor a que se refiere el presente contrato. **10)** Cuidar permanentemente los intereses de la empresa. **11)** Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad sus funciones. **12)** Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones a las cuales se hubiere citado y que previamente organice la empresa. **13)** En ejecución de su labor, mantener completa armonía, comprensión, y en general, buenas relaciones laborales con los usuarios, con sus superiores y con sus compañeros de trabajo. **14)** Comunicar oportunamente y por escrito a la empresa, todo cambio de domicilio, dirección o teléfono. **15)** Comunicar oportunamente al **EMPLEADOR,** sobre la expedición de incapacidades o licencias a través de la empresa prestadora del servicio de salud a la cual se encuentre afiliada. **16)** Durante su permanencia en la empresa y el desarrollo de las actividades propias del objeto contratado, hacer uso adecuado y en forma permanente de la dotación, vestuario e implementos de seguridad industrial proporcionados por **EL EMPLEADOR**. **17)** Hacer uso de los medios de comunicación, cuando le sean asignados, exclusivamente con fines laborales. **18)** Cumplir con las normas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, en concordancia con las leyes colombianas y los procedimientos establecidas por la empresa. Las demás consagradas en los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo y en el Reglamento Interno de Trabajo.

TERCERA: OBLIGACIONES PARTICULARES DEL TRABAJADOR. - En desarrollo del objeto contractual, **EL TRABAJADOR** deberá cumplir las siguientes obligaciones:

1. Auxiliar de construcción,

CUARTA: PROHIBICIONES DE EL TRABAJADOR: Le es prohibido a **EL TRABAJADOR: 1)** Sustraer de la empresa, los útiles y elementos de trabajo y demás bienes sin permiso del **EMPLEADOR. 2)** Usar los útiles o herramientas suministradas por **EL EMPLEADOR** en objetos distintos a las labores propias de su cargo. **3)** Disminuir intencionalmente el ritmo de ejecución del trabajo, suspender sin causa justa las labores, promover suspensiones intempestivas del trabajo o incitar a dichos actos, sea que participe o no en ellas. **4)** Suministrar información a terceros sobre aspectos financieros o técnicos de la empresa. **5)** Aceptar dadivas o cualquier tipo de incentivo de parte de proveedores y/o contratistas en beneficio propio o de terceros. **6)** Presentarse al trabajo en estado de embriaguez o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes. **7)** Faltar al trabajo sin justa causa de impedimento o sin permiso del **EMPLEADOR. 8)** Retener dineros, hacer efectivo cheques recibidos para o a nombre del **EMPLEADOR; 9)** Autorizar o ejecutar operaciones que afecten los intereses del **EMPLEADOR**; **10)** Negociar en provecho propio, bienes o cualquier tipo de recurso de propiedad del **EMPLEADOR**. **11)** Retirar o permitir el retiro de las instalaciones de la empresa, sin autorización previa, elementos, máquinas, útiles o cualquier recurso, que son propiedad del **EMPLEADOR**; **12)** Ejecutar actos que puedan afectar los intereses o la reputación del **EMPLEADOR**.

QUINTA: SALARIO Y FORMA DE PAGO. En contraprestación a su labor, **EL EMPLEADOR** pagará a **EL TRABAJADOR** el salario estipulado en la primera página del presente contrato, en la fecha y lugar indicados, quedando establecido que en dicho pago se halla incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos

de que tratan los artículos 172 a 178 del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO. -** Entre las partes queda establecido que: **1)** En la remuneración indicada queda incluido el pago de las labores desarrolladas por **EL TRABAJADOR** durante el término de duración del presente contrato. **2)** Las partes acuerdan que si llegasen a existir beneficios o reconocimientos por concepto de alimentación, habitación o vivienda, transporte y vestuario, no serán considerados parte de su ingreso salarial, y, por lo tanto, no se tendrán en cuenta como factor para la liquidación de las acreencias laborales, ni para el pago de aportes al sistema de seguridad social, **3) EL EMPLEADOR** no pagará el salario acordado, ni parte de este, en especie. **5)** De existir obligación económica de **EL TRABAJADOR** en favor del **EMPLEADOR,** autoriza con la firma del presente documento, desde ahora, a efectuar las correspondientes deducciones en cualquier tiempo, sin que medie orden escrita especial de autoridad judicial. **6) N**o habrá lugar al reconocimiento de horas extras, sin la previa autorización escrita por parte del **EMPLEADOR.**

SEXTA. JORNADA LABORAL. EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Así mismo **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y seis (44) horas se realice mediante jornadas flexibles de trabajo con un número de horas de trabajo diario distribuidas en lapsos de hasta diez (10) horas diarias, sin dar lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando su número no supere el máximo establecido el artículo 51 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO PRIMERO. – HORARIO LABORAL:** En cumplimiento de lo establecido en el Código Sustantivo de Trabajo, el horario de trabajo será: De 8 horas diarias. No obstante, este podrá ser modificado de acuerdo con las necesidades del servicio, sin que esto implique superar el tiempo máximo de la jornada semanal establecida por la Ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO. TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO**. Podrán las partes convenir, expresa o tácitamente, distribuir las horas de la jornada ordinaria en la forma permitida por los artículos 161 al 170 del Código Sustantivo del Trabajo, teniendo en cuenta que el tiempo de descanso entre las jornadas de trabajo no se computa dentro de la misma, conforme lo prescribe el artículo 167 del mismo código. **PARÁGRAFO TERCERO. - EL EMPLEADOR**, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente por este. **PARÁGRAFO CUARTO:** La jornada laboral pactada al momento de inicio de las labores, podrá cambiar según lo prevea el Gobierno Nacional. Como lo es el caso de lo presupuestado en la ley 2101 de 2021 que ordenó la reducción progresiva de la jornada laboral.

SÉPTIMA. DURACIÓN. El presente contrato es a término fijo es por el término de TRES (03) MESES contados a partir del 01 de abril de 2025. **PARÁGRAFO:** Con la firma del presente documento, se entenderá notificada la fecha de terminación y por lo tanto, no se requerirá de documento adicional para el efecto.

OCTAVA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. En cualquier momento y durante la vigencia del presente contrato, las partes podrán darlo por terminado por mutuo acuerdo, o por la finalización del tiempo aquí establecido y por las demás causales determinadas en el artículo 61 del Código Sustantivo de Trabajo. **PARÁGRAFO PRIMERO. - TERMINACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL EMPLEADOR:** Son justas las causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato **1)** Al haber sufrido engaño por parte de **EL TRABAJADOR**, mediante la presentación de certificados falsos para su admisión o tendientes a obtener un provecho indebido. **2)** Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, maquinarias y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo, y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas. **3)** Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben a **EL TRABAJADOR**. **4)** Revelar los secretos técnicos o comerciales o dar a conocer asuntos de carácter reservado, en perjuicio de la empresa. **5)** El deficiente rendimiento en el trabajo, en relación con la capacidad de **EL TRABAJADOR** y con el promedio establecido en labores análogas, cuando no se corrija en un plazo razonable a pesar del requerimiento del **EMPLEADOR**. **6)** La sistemática inejecución de sus labores por parte de **EL TRABAJADOR**, sin razones válidas y en contravía de las obligaciones convencionales o legales. **7)** Las demás establecidas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965. **PARÁGRAFO SEGUNDO. - TERMINACIÓN UNILATERAL POR PARTE DE EL TRABAJADOR**: Son justas las causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato **1)** La renuncia voluntaria de **EL TRABAJADOR**, **2)** Haber sufrido engaño por parte del **EMPLEADOR** respecto de las condiciones de trabajo. **3)** Todo acto de violencia, malos tratamientos o amenazas graves inferidas por **EL EMPLEADOR** contra **EL TRABAJADOR** o los miembros de su familia, dentro o fuera del servicio. **4)** Cualquier acto del **EMPLEADOR** o de sus representantes que induzca a **EL TRABAJADOR** a cometer

un acto ilícito o contrario a sus convicciones políticas o religiosas. **5)** Las demás establecidas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965.

NOVENA. CESIÓN DEL CONTRATO. EL TRABAJADOR no podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a otra persona natural o jurídica.

DÉCIMA. CONFIDENCIALIDAD. EL TRABAJADOR se obliga para con **EL EMPLEADOR,** a actuar con toda la discreción y reserva necesarias para mantener el secreto y confidencialidad de los trabajos para los cuales ha sido contratado; por lo tanto, **EL TRABAJADOR** manifiesta conocer los graves perjuicios que podría ocasionarle al **EMPLEADOR** la falta de discreción en su trabajo y se compromete a no revelarla, bajo ninguna circunstancia, a ninguna persona o entidad del tipo que fuere, la totalidad o parte de la información relativa a los trabajos realizados por ella. Por lo tanto, será responsable de los perjuicios que la falta de cumplimiento de esta estipulación pudiese acarrear al **EMPLEADOR** y sabe que este perseguirá legalmente el incumplimiento exigiendo las responsabilidades civiles y penales que en derecho hubiese lugar. **PARÁGRAFO. EL TRABAJADOR** no podrá utilizar en beneficio propio o de terceros los conocimientos adquiridos sobre los proyectos, trabajos en ejecución y funcionamiento del **EMPLEADOR**, haciéndose responsable de cualquier perjuicio que el incumplimiento de esta estipulación le acarrease. Tampoco podrá revelar ninguna clase de información a terceros, sin que haya sido autorizado por escrito para ello.

DÉCIMA PRIMERA. LUGAR DE EJECUCIÓN. Aunque el lugar de trabajo es el indicado en este contrato, las partes pueden acordar que el mismo se preste en sitio o ciudad diferente, siempre que 3 laborales de **EL TRABAJADOR** no se desmejoren o se disminuya su remuneración o le cause perjuicio. Los gastos que se originen con el traslado de lugar de prestación del servicio serán cubiertos por **EL EMPLEADOR** de conformidad con el numeral 8° del Art. 57 del C.S.T.

DÉCIMA SEGUNDA MODIFICACIONES. Cualquier modificación sustancial al presente contrato debe efectuarse por escrito y anotarse a continuación de su texto, mediante un otrosí. **PARÁGRAFO. - EL TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por **EL EMPLEADOR**, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como los turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación del servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras o graves perjuicios para el, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 23 literal b del C.S.T.

DÉCIMA TERCERA. DOMICILIO. EL TRABAJADOR se compromete a informar por escrito y de manera inmediata al **EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA CUARTA. SUSPENSIÓN. El contrato podrá ser suspendido excepcionalmente de manera temporal por mutuo acuerdo entre las partes, por licencia o permiso temporal concedido por **EL EMPLEADOR** a **EL TRABAJADOR** o en las circunstancias descritas en el artículo 51 del Código Sustantivo de Trabajo, previa solicitud de **EL TRABAJADOR** y aprobación del **EMPLEADOR.** Durante el periodo de la suspensión, se interrumpe para **EL TRABAJADOR** la obligación de prestar el servicio prometido, y para el empleador la de pagar los salarios de dicho lapso.

DÉCIMA QUINTA. PERFECCIONAMIENTO. El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad y se entiende perfeccionado con la firma de las partes contratantes.

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, en 13/02/2026

EL EMPLEADOR
C.C. 1056410286

EL TRABAJADOR
C.C. 80188134

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.069.057

PALACIOS PALACIOS

APELLIDOS

JOSE DE LOS SANTOS

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO
06-ABR-1986

RIO QUITO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-MAR-2005 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01510483-M-1007069057-20250604 **0145**471866A 1 8515172421

Scanned with CamScanner

Medellín, 10 de Febrero 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 CONSTRUCCIONES SOLUCIONES LF SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007069057	PALACIOS PALACIOS JOSE DE LOS SANTOS	10/02/2026		22552222	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10564102862604166663

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 10/02/2026 18:31:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.31.213, 192.230.104.13, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
6073162222	010|0|2|2|0|2|6

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
PALACIOS Primer apellido	PALACIOS Segundo apellido	JOSE Primer nombre	DE LOS SANTOS

9. Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	10007069057	Femenino ☒ Masculino ☒	F M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: QUIBDO	Municipio: CHOCO		06/04/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia

CR 1 A ESTE 1 C 40 Dirección	Telefono fijo	3138375373 Telefono celular	SEBHITASPTE70@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona

Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐
Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	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 OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES SOLUCIONES LF SAS	NIT	901592036	01

59.Ubicación

CR 15 A ESTE 13 B 41 Dirección	3106212084 Teléfono fijo o celular	SOLUCIONESYCONSTRUCCIONES@GMAIL.COM Correo electrónico	CUNDINAMARCA Departamento	SOACHA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015845832

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	09|01|20|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE DE LOS SANTOS PALACIOS PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007069057,** se encuentra afiliado/a desde **08/10/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C., 18 de marzo de 2026

Señores
A quien pueda interesar
Bogotá D.C.

Asunto: Certificación en referencia al personal que no ingresó a los proyectos.

Cordial saludo,

Yo, LUIS HUMBERTO FAJARDO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.056.410.286 de Pauna (Boy)., actuando en representación legal de la empresa CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS, identificada con NIT 901592036-2, me permito certificar que el personal relacionado a continuación nunca ingresó ni estuvo vinculado a la ejecución de las actividades en obra correspondientes al proyecto.

La documentación de dichas personas fue enviada inicialmente para trámite de autorización de ingreso; sin embargo, al momento en que se aprobó el proceso correspondiente, estas personas ya no se encontraban vinculadas laboralmente con nuestra empresa, razón por la cual no se realizó su ingreso al proyecto ni desarrollaron actividades dentro de la obra.

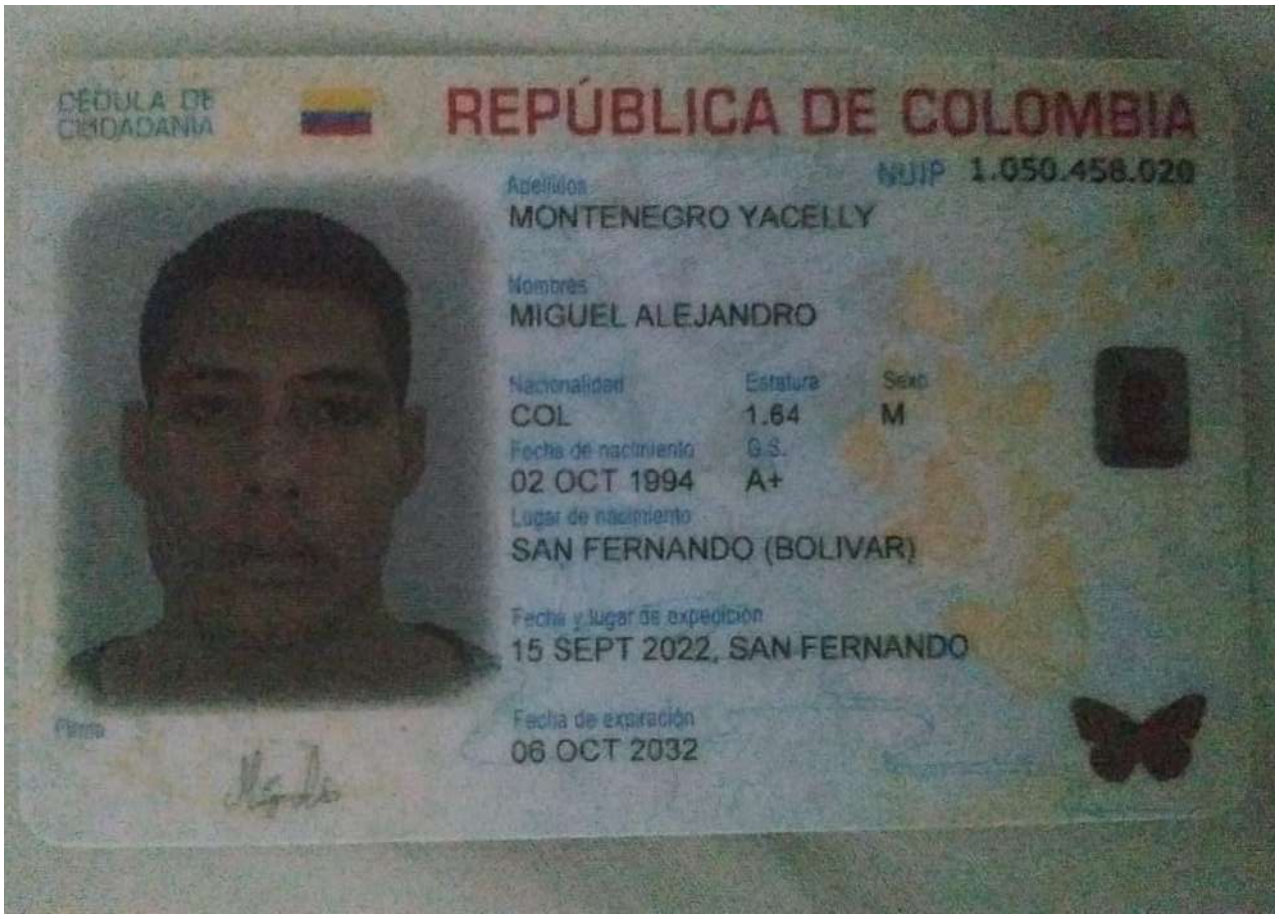
JOSE DE LOS SANTOS PALACIOS. C.C 1.007.069.057
YIMMY ANDRES OSORIO LAITON. C.C 80.879.665
JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ PALACIOS. C.C 11.813.816
JONATHAN STEVEN DESVASTO TIQUE. C.C 1.110.592.120
MIGUEL TORRES CASTRO. C.C 11.413.268

De conformidad con lo anterior el representante legal suscrito en el presente documento firma en constancia de la información.

Cordialmente



_____
LUIS HUMBERTO FAJARDO
Representante Legal.


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.050.458.020
Apellidos
MONTENEGRO YACELLY
Nombres
MIGUEL ALEJANDRO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.64
Sexo
M
Fecha de nacimiento
02 OCT 1994
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
SAN FERNANDO (BOLIVAR)
Fecha y lugar de expedición
15 SEPT 2022, SAN FERNANDO
Fecha de expiración
06 OCT 2032
Firma


CO
005689466
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL005689466205073<<<<<<<<<<<
9410028M3210064COL10504580 20<0
MONTENEGRO<YACELLY<<MIGUEL<ALE

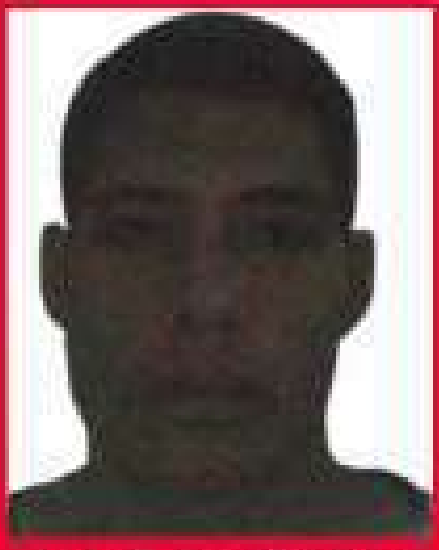
Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MIGUEL MONTENEGRO YACELLY	CARGO: OPERARIO	C.C.1050458020

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	17	12	2025	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY

C.C. 1050458020 **R.H: A+**

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 16-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1050458020

TSA - 13280

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 16 diciembre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 16 diciembre 2025

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

ANGIE BETSABE MORA JAIMES ..._
ENTRENADOR TSA
RES. No 0031 - 2021

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1050458020, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: ANGIE BETSABE MORA JAIMES
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 16/12/2025 a 16/12/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SIG-F-003

EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN

V-1

NOMBRE COMPLETO Miguel Alejandro Montenegro Yacelly	CARGO auxiliar
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Jardin infantil alameda	NOMBRE DEL CONTRATISTA C2P

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir accidentes y insidentes laborales 0,42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	señales avertencia y de obligatoriedad 0,42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir normas y prosedimiento partisipar en charlas y capacitaciones 0,42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	caida de altura, golpes, fracturas, y caidas al mismo y distinto nivel 0,42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	no utizar arnes en altura 0,42 utilizar herramientas en mal estado
Escriba un ejemplo de condición insegura	Subirse en una escalera en mal estado 0,42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0,42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0,42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	X	0,0
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0,4
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0,42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0,4

FIRMA DEL TRABAJADOR	Yudica Andrea FIRMA DEL EVALUADOR	19/01/2020 FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA 4,6	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0 42

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	29 01 2025		
Nombre del responsable:	miguel alejandro montenegro	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	talia andrea	Cédula:	1050458020
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	CLP
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLP	CARGO	SST

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que, acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA [signature]	NOMBRE: miguel. montenegro CARGO: ayudante
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Miguel. alejandro. Montenegro.

IDENTIFICADO CON C.C : 1050458020.

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operario.

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
	Biomécanico: Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 19/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Miguel. Montenegro	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 19 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1050458020	MONTENEGRO YACELLY MIGUEL ALEJANDRO	16/12/2025		18914141	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/12/2025 13:08:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 15 MES 12 AÑO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTENEGRO	YACELLY	MIGUEL	ALEJANDRO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1050458020	F [X]	F [X] T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO			
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO	
COLOMBIANO	COLOMBIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	12	10	1998	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCU ESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
COLPENSIONES	$ 1.423.500			3213785386	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CLL 66 B 70 63 # -		MIGUELMONTENEGRO90@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.	CLL 66 B 70 63	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO			
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO	

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	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 SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.	NI - Número Identificación Tributaria	901340675	3123361369	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CALLE 37 # 16 - 29 # -	CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

RADICADO 15-12-2025 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTENEGRO	YACELLY	MIGUEL	ALEJANDRO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1050458020	F [X]	F [X] T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO				65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO		
12	10	1998			16	12	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Miguel Alejandro Montenegro	Carol Carrero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.050.458.020**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Enero 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.

Bogotá DC. 18 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 18/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1050458020
Nombres y Apellidos	MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	18/12/2025
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

bQNewkNVS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	18548
16	12	2025	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

Construcciones c2p

NOMBRE DE LA EMPRESA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY	MASCULINO	31	CC	1050458020
			Tipo	Número

Ocupacion	Peso	ESTATURA
OPERARIO	79KG	1.64

APTO PARA LABORAR EN ALTURA	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO - PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE EPPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

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

Aspirante o Trabajador

Firma:

PREVSALUD IPS

Médico

Firma:

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional
Especialista en Salud Del Trabajo

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: N 75.424.952 L.S.O.: SO 12436

Bogotá, Cundinamarca. 18 de Noviembre 2025

Señores:

Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por PREVSALUD IPS S.A.S, a nuestro colaborador **MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.050.458.020.

RECOMENDACIONES MÉDICAS.
Control con EPS preventiva, Uso de EPPS y Medicina preventiva.
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES.
SVE Auditivo, Pausas activas e higiene postural y Protección auditiva.
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
Controles con EPS y Hábitos saludables.
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.
Control medico rutina eps/ realizar pausas activas, uso de epp frente a la pandemia de covid-19 seleccionados en funcion del peligro para el trabajador. No manifiesta signos y síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-COV 2), no presenta morbilidades preexistentesidentificadas como factores de riesgo para covid-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:43:26 horas del 29/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1050458020,** Apellidos y Nombres **MONTENEGRO YACELLY MIGUEL ALEJANDRO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No **1.050.458.020** expedida en la ciudad **SAN FERNANDO,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.

PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.

SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.423.500 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.

TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.

CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.

QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 16 de diciembre del 2025 al 16 de marzo del 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.

De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **16 de DICIEMBRE de 2025.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

Bogotá D.C, 02 de Marzo de 2026

Señores:
A quien pueda interesarle.
Bogotá D.C

Asunto: Certificado paz y salvo.

Cordial saludo,

Yo, MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO identificado con cédula de cuidadania No. 1.031.139.604 de BOGOTA D.C., actuando en representación legal de la empresa CONSTRUCCIONES C2P identificada con NIT No. 901340675-8 se permite certificar que el señor MIGUEL ALEJANDRO MONTENEGRO YACELLY identificado con cédula de ciudadanía No. 1.050.458.020 de BOGOTA D.C., se encuentra en PAZ Y SALVO por todo concepto en nuestra organización en lo que se refiera al tema de (prestamos, anticipos, deudas, entre otros).

Como prueba de lo acordado, empleador y empleado firman este acuerdo.

Michael Alejo
Representante legal
Construcciones c2p

Miguel Alejandro Montenegro Yacelly
CC 1.050.458.020
Operario ayudante de obra

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, 02 de Marzo de 2026

Señores:
A quien pueda interesarle.
Bogotá D.C

Asunto: Autorización examen de egreso o retiro.

Cordial saludo,

Dando cumplimiento a lo expresado en la resolución 2346 de 2007 articulo 6° evaluaciones medicas ocupacionales de egreso, solicitamos por favor presentarse a un examen medico ocupacional de retiro que se practicara en la IPS servicios especializados E&P S.A.S ubicada en Bogotá, Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de (5) días hábiles para la realización de este examen.

Si en el tiempo de (5) días hábiles el empleado no se ha realizado dicho diagnostico; la empresa CONSTRUCCIONES C2P identificada con NIT 901340675 se exonera de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral que tengan efectos posteriores en la salud del empleado.

Como prueba de lo acordado, empleador y empleado firman este acuerdo por duplicado.

Michael Alejo
Representante legal
Construcciones c2p

Miguel Alejandro Montenegro Yacelly
CC 1.050.458.020
Operario ayudante de obra

Powered by CamScanner

Bogotá D.C, 02 de Marzo de 2026

Señores:
A quien pueda interesarle.
Bogotá D.C

Asunto: Terminación de contrato por mutuo acuerdo.

Cordial saludo,

1. El objetivo de este acuerdo es dar por finalizado (extinguido) el contrato de trabajo firmado en su día entre el empleador y el empleado.
2. Que el empleador y el empleado, libre y espontáneamente, según el articulo 61 literal c. por mutuo consentimiento del código sustantivo del trabajo, han llegado a un ACUERDO DE EXTINCION DEL CONTRATO DE TRABAJO al que se aplicarán las siguientes:

CLAUSULAS:

1. La finalización (extinción) del contrato de trabajo será a partir del día
2. Se pagan al empleado los sueldos y cantidades a las que tiene derecho y estén pendientes de pago, quedando totalmente liquidada la relación laboral que le unía con el empleador.
3. Se adjunta como anexo paz y salvo.

Como prueba de lo acordado, empleador y empleado firman este acuerdo por duplicado.

Michael Alejo
Representante legal
Construcciones c2p

Miguel Alejandro Montenegro Yacelly
CC 1.050.458.020
Operario ayudante de obra

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.110.592.120**



Apellidos
DELVASTO TIQUE

Nombres
JONATHAN STEVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.83

Sexo
M

Fecha de nacimiento
24 JUN 1998

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CHAPARRAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2016, IBAGUE

Fecha de expiración
24 FEB 2033

Firma

.CO 01777307.

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

```
ICCOL0177730748290O1<<<<<<<<<<<<<
9806249M3302244COL1110592120<O
DELVASTO<TIQUE<<JONATHAN<STEVE
```

Scanned with CamScanner

Medellín, 11 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 CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF 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 CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1110592120	DELVASTO TIQUE JONATHAN STEVEN	12/02/2026		40244o24	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 11/02/2026 22:07:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.42.237, 192.230.104.13, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/02/2026, el empleador CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES LF SAS identificado con NIT número 901592036 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9965996	11/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1110592120	JONATHANSTEVEN DELVASTO TIQUE	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-02-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATHAN STEVEN DELVASTO TIQUE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.592.120**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:33:43 horas del 11/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110592120,**
Apellidos y Nombres **DELVASTO TIQUE JONATHAN STEVEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS**, con NIT **901592036-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Bogotá D.C., 18 de marzo de 2026

Señores
A quien pueda interesar
Bogotá D.C.

Asunto: Certificación en referencia al personal que no ingresó a los proyectos.

Cordial saludo,

Yo, LUIS HUMBERTO FAJARDO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.056.410.286 de Pauna (Boy)., actuando en representación legal de la empresa CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS, identificada con NIT 901592036-2, me permito certificar que el personal relacionado a continuación nunca ingresó ni estuvo vinculado a la ejecución de las actividades en obra correspondientes al proyecto.

La documentación de dichas personas fue enviada inicialmente para trámite de autorización de ingreso; sin embargo, al momento en que se aprobó el proceso correspondiente, estas personas ya no se encontraban vinculadas laboralmente con nuestra empresa, razón por la cual no se realizó su ingreso al proyecto ni desarrollaron actividades dentro de la obra.

JOSE DE LOS SANTOS PALACIOS. C.C 1.007.069.057
YIMMY ANDRES OSORIO LAITON. C.C 80.879.665
JOSE DIOMEDES RODRIGUEZ PALACIOS. C.C 11.813.816
JONATHAN STEVEN DESVASTO TIQUE. C.C 1.110.592.120
MIGUEL TORRES CASTRO. C.C 11.413.268

De conformidad con lo anterior el representante legal suscrito en el presente documento firma en constancia de la información.

Cordialmente



_____
LUIS HUMBERTO FAJARDO
Representante Legal.

1/1


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-OCT-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00516387-M-1001066809-20131125
0035892778A 1
40137600

1/1


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.001.066.809
ALBINO SALCEDO
APELLIDOS
LAYONER
NOMBRES
Layoner Albino
FIRMA

Construcciones C2P S.A.S NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LAYONER ALBINO SALCEDO	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1001066809

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	21	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	Layoner Albino
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

LAYONER ALBINO SALCEDO

C.C. 1001066809 R.H: +

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 21-ABRIL-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: layoner albino salcedo

IDENTIFICADO CON C.C : 1001 066 809

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operativo

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las accior preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden pa

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día en la ciudad de B

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR: Thalia Sandoval
FIRMA layoner salcedo	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sandoval

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	11 Febrero		
Nombre del responsable:	Thala Sanabrian	Cargo:	Operativo
Nombre de quien recibe la inducción:	layoner salcedo	Cédula:	1001066909
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNC	CONTRATISTA:	C2P
NOMBRE DEL CONTRATISTA	construccione C2P	CARGO	OP

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Procedimientos en casos de emergencia	X
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	X	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	X
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	X	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	X
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	X	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	X
Acto Inseguro y Condición insegura	X	Elementos de protección personal EPP para el cargo	X
Procedimientos administrativos	X	Uso y mantenimiento de los EPP	X
Señalización y demarcación de áreas	X	Procedimientos ambientales	X
Normatividad específica del SST	X		X
Responsabilidades frente al SG-SST	X		X

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el contro de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA layoner salcedo	NOMBRE: layoner salcedo CARGO: OP
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sandoval NOMBRE: Thalia Sandoval	OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÓN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Jayoner salcedo	CARGO	OP
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para cuidar la seguridad de los trabajadores
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	colombinas, cinta, salidas de emergencia
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	cumplir con mis EPPs asistir a capacitaciones
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortes, caidas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	bajar las escaleras corriendo
Escriba un ejemplo de condición insegura	escaleras dañadas para el uso

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.		X
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

Jayoner salcedo	[signature]	11 febrero 2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA 5/5	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

LAYONER ALBINO SALCEDO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1001066809

TSA - 11313

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 25 noviembre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 25 noviembre 2025

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

ANGIE BETSABE MORA JAIMES ..._
ENTRENADOR TSA
RES. No 0031 - 2021

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

LAYONER ALBINO SALCEDO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1001066809

TSA - 11313

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 25 noviembre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 25 noviembre 2025

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

ANGIE BETSABE MORA JAIMES ..._
ENTRENADOR TSA
RES. No 0031 - 2021

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Medellín, 11 de Febrero 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 CONSTRUCCIONES C2P SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1001066809	ALBINO SALCEDO LAYONER	23/01/2026		158124GQ	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311396042604230996

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 11/02/2026 08:36:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.17, 192.230.104.11, 172.16.42.57

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 10 02 2026

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ALBINO	SALCEDO	LAYONER	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA DE CUIDADANIA	1001066809	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	18 02 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 69 C #17 J 57 SUR	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3189527357	LAYONERALBINOSALCEDO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	CALLE 69 C #17 J 57 SUR	Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P	NIT	901340675	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CALLE 8 BIS #79-65	3123361369

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	1 0 0 2 2 0 2 6	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [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.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LAYONER ALBINO SALCEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.066.809**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá DC. 23 de Enero de 2026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/01/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1001066809
Nombres y Apellidos	LAYONER ALBINO SALCEDO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/01/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	21/01/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905

Layoner Albino

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

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

92X85sOYS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° ingreso	**150010**	**Fecha Impresión**	2026-02-26
Fecha Ingreso	2026-02-26 07:47:57	**Nombre**	LAYONER ALBINO SALCEDO
CC	1001066809	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	AYUDANTE DE OBRA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1995-10-27	**Edad**	30 años
Dirección		**Teléfono**	3189527357
Estado Civil	Soltero(a)	**N° Hijos**	0
Fecha Salida	2026-02-26 11:25:43	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		



Exámenes Complementarios

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

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Empresa

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

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: LAYONER ALBINO SALCEDO
CC 1001066809

Bogotá, Cundinamarca. 27 de Febrero 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS, a nuestro colaborador **LAYONER ALBINO SALCEDO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.001.066.809.

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

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

EL CONTRATANTE.

Layoner Albino
EL CONTRATADO.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:25:46 horas del 23/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1001066809,** Apellidos y Nombres **ALBINO SALCEDO LAYONER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **LAYONER ALBINO SALCEDO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1001066809 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 21 de Enero del 2026 al 21 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **21 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE.

Layoner Albino
EL CONTRATADO.

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
53088817
GONZALEZ ROJAS
APELLIDOS
INGRID JOHANNA
NOMBRES
Ingrid González
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
24-MAY-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-MAY-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-1500119-42105453-F-0053088817-20020715
00629 02196A 01 114460566

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Ingrid Gonzalez | CARGO Residente Social | C.C. 53088812

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	16	12	25	X				X															X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO - Ingrid Johanna González Rojas	CARGO Profesional Social
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA CNE.

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Tiene como objetivo de dar cumplimiento a la norma y verificación del uso adecuado de los EPP y prevención de accidentes. 0,42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Preventivas. - Coidar. - Reguladoras. - prohibición - restricción. 0,42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir, acatar las normas de seguridad estableçidos por la empresa 0,42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	- Caidas. golpes, Fracturas. - Accidentes de transito. 0,42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No utilizar los elemento de protección. 0,42
Escriba un ejemplo de condición insegura	No informar acerco de un peligro latente en obra (piso humedo) 0,42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X 0,42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X	0,42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	0,42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	X 0,42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X 0,42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X 0,42

X [signature]		Yuleisy Andrea.	16/12/2025.
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5,0	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Ingrid Cortes

IDENTIFICADO CON C.C : 53088812

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Residente SST

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3. Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7. Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8. Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc)
9. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10. Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 16/12/25 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Ingrid Cortes	Ingrid W. Tur H
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 16 | 12 | 2025. LUGAR: Oficina. HORA: DE 11:00 Am A 1:00 Pm

TEMA GENERAL: Inducción - del sistema de seguridad y salud Trabajo.

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Thalia Andrea Sandoval

CARGO DEL EXPOSITOR: Inspectora SST

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Jose Alejandro Usma	1946945	Conductor	CNE	
2	Ingrid Johana Gonzalez R	53099811.	Profesional Social	CNE	
3	Nestor Hugo Mora	1073237874	Prof. Ambiental	CNE	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Thalia Andrea — FIRMA DEL EXPOSITOR

Thalia Andrea — NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302216045

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	05/12/2025 17:38:12

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	902002156	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	CRA 46 118-55	1209521

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil, incluye la colocación en edificios y otros proyectos de construcción de baldosas y losas de cerámica, hormigón o piedra talla (Decreto 768 de 2022)	5433001	5

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 46 118-55	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	53088817	GONZALEZ	ROJAS

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
INGRID JOHANNA	24/5/1984	CALLE 63 # 70A - 46

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	0	3502503421	gestionhumana@amycia.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
bogota	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	6/12/2025	22800000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	1/12/2025	30/5/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/12/2025 17:38:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302216045

1520000	3800000	1520000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Construcción de otras obras de inge (Decreto 768 de 2022)	5429001	5

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/12/2025 17:38:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302216045

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X																	
Martes	X	X	X	X	X	X	X																	
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X																	
Jueves	X	X	X	X	X	X	X																	
Viernes	X	X	X	X	X	X	X																	
Sábado	X	X	X	X	X	X	X																	
Domingo	X	X	X	X	X	X	X																	

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/12/2025 17:38:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ingrid Johanna Gonzalez Rojas, identificado(a) con CC número 53088817, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53088817
NOMBRES Y APELLIDOS	Ingrid Johanna Gonzalez Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	24/05/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	262 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 53088817 INGRID JOHANNA GONZALEZ ROJAS Desde 01/02/2024 - Vigente

Generado por interfaces 11/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

INGRID JOHANNA GONZALEZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.088.817**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen RÉGIMEN Salud Ocupacional

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000540428

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 13/11/2025 09:37:30

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

NOMBRE Y APELLIDO: INGRID JOHANNA GONZALEZ ROJAS C.C 53088817

EDAD 41 Años: **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** TRABAJADORA SOCIAL



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / ALIMENTACION HIPOCALORICA / SE SUGIERE USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA.
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRÍA Y VISIOMETRÍA OCUPACIONAL RUTINARIA
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dra. María L. Perez P.
Médico
Esp. Gerencia en SST
Res 8731-22/12/22
CC. 1.034.320.081

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, Noviembre 13 de 2025

Señora
INGRID JOHANNA GONZALEZ ROJAS
Ciudad Bogotá

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de la CLINI SUR IPS LTD realizado el día 13 de noviembre de 2025, done generaron los conceptos de recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES
CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS/ALIMENTACION HIPOCALORICA /SE SUGIERE USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRÍA OCUPACIONAL RUTINARIA USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

Seguridad y Salud en el Trabajo

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

Firma de recibido:

Ingrid Johanna González Rojas
CC: 53088817

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:18:56 horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **53088817,** Apellidos y Nombres **GONZALEZ ROJAS INGRID JOHANNA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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