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 · enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jose Pablo Tibaso	Cédula:	1.561310
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Escala
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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	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 José Ramiro Rebolledo	NOMBRE: José Ramiro Rebolledo CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Jose ramiro · Pulido	CARGO	79.556.310
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE		NOMBRE DEL CONTRATISTA	13/01/2026

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

Jose ramiro · pulido	Angelica Sanabria	13/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA	APROBÓ		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
5/5	SI	X	RETROALIMENTACIÓN: SI ____NO
	NO		

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jose ramiro Pulido

IDENTIFICADO CON C.C : 95.1270.

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

- [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 Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Jose ramiro pulido	Thalia Sandoval
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Jose ramiro pulido	Thalia Sandoval

Scanned with CamScanner

Medellín, 12 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOSE RAMIRO PULIDO TIBAMOSO identificado(a) con cédula de ciudadanía 79561310 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411202 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 12/01/2026 11.37 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016089193	13|01|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1.Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2.Tipo afiliación: B. Colectivo [ ]

A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ] C. Instituciones [ ] D. De oficio [ ]

3.Regimen: A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

4.Contribución Solidaria: Si [ ] No [X]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

7.Codigo (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres				
Primer apellido: PULIDO	Segundo apellido: TIBAMOSO	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: RAMIRO	
9.Tipo documento de identidad: CC	10.Número del documento de identidad: 79561310	11.Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	12.Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	
13. Nacionalidad: COLOMBIA	14.Lugar Nacimiento: País: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA	15.Fecha Nacimiento: 1|3|0|4|1|9|7|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia: 5	17.Comunidad	18.Discapacidad: Si [ ] No [X]	Categoria Discapacidad
19.Tiene encuesta SISBEN: SI [ ] NO [X]	20.Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	21.Grupo población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	23. Administradora de Pensiones: PORVENIR PPC	24. Ingreso base de cotizacion - IBC: 1755905	25. Tarifa Contribución Solidaria

26.Residencia			
Dirección: CR 27 A 41 27	Telefono fijo	Telefono celular: 3107743206	Correo electronico: RIESCALA7SAS@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: TEUSAQUILLO	zona: Urbana cabecera municipal [ ] Urbana centro poblado [X] Rural dispersa [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge 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: Femenino [ ] Masculino [ ]	31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	
32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento: País	Departamento	Municipio	34.Fecha Nacimiento

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: Femenino	Masculino	40.Sexo Identificación: F	M	T	NB	otro	cual	41.Lugar Nacimiento: País	Departamento	Municipio	42.Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección 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 - UODO CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODOCPOAMER
B		
A		
S		

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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JOSE RAMIRO PULIDO TIBAMOSO	CC	79561310	01

59.Ubicación				
CR 27 A 41 27 (Dirección)	3107743206 (Telefono fijo o celular)	RIESCALA7SAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/Distrito)

No de Radicacion
4016089193

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 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 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 [ ] NS [ ] Otro [ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad D D M M A A	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1 3 0 1 2 0 2 6	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios
72. [ ] Declaración de no inscripción del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
73. [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la eliminación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
75. [X] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o Afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico 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 cifras de 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

Jose. Ramiro Pulido.

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 unión 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 unión 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 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 padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una de las autorizadas para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

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

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

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

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 RAMIRO PULIDO TIBAMOSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.561.310**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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 14:35:51 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79561310,** Apellidos y Nombres **PULIDO TIBAMOSO JOSE RAMIRO**

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 1.071.304.073
ORTIZ TACHA
APELLIDOS
JOSE ARNULFO
NOMBRES
José Ortiz Tacha
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1996
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
22-DIC-2014 QUETAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

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 07:55:24 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1071304073,** Apellidos y Nombres **ORTIZ TACHA JOSE ARNULFO**

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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG-F-001

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN

V 1

NOMBRE COMPLETO	Jose Arnulfo ortiz Tolina	CARGO	Soldador
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	Jardín infantil Yuki Mari	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Maffi

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 y enfermedades laborales 0,42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	señales obligatoria señales de advertencia 0,42
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	participar en todas las citas y capacitación y mantener el Autocuidado 0,42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	golpes, cortaduras, caidos 0,42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	no utilizar el casco 0,42
Escriba un ejemplo de condición insegura	utilizar una herramienta 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		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

Jose Arnulfo ortiz Tolina	Yudica Andrea	16/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCION

NOTA 5,0	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:	16/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sunabria.	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jose. Ortiz.	Cédula:	1071 346 773
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Matfic.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OF	CARGO	Ofic

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 Jose Ortiz	NOMBRE: Jose Ortiz CARGO: Ofic
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sunabria NOMBRE: Thalia Sunabria.	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Arnulfo Gonzalez

IDENTIFICADO CON C.C : 1071372073

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Soldador

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
- [ ] 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 16/01/2026 en la ciudad de Bogotá D.C

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Arnulfo Gonzalez	Thalia S.
FIRMA Arnulfo	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

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
CC	1071304073	ORTIZ	TACHA	JOSE ARNULFO	17/07/2025	CONDUCTOR SOLDADOR	5	6,96
CC	7819556	PULIDO	OSUNA	WALTER	22/09/2025	PINTOR	5	6,96
CC	80058495	ROBAYO	ROMERO	URIEL GIOVANNI	25/02/2025	urirobayogmailcom	5	6,96

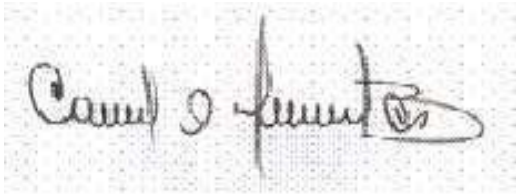
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 24/12/2025 8:18:18. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y 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 24/12/2025 8:18:18. 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	1071304073
NOMBRES	JOSE ARNULFO
APELLIDOS	ORTIZ TACHA
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/09/2026 12:01:15	**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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.071.304.073**, 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 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	: 1071304073
Nombre	: *JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA*
Empresa/Contratante	: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900898254
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/07/17
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/17
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

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
No. Ingreso: 582764
Nombre: JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA
Cargo: SOLDADOR Y CONDUCTOR
CC: 1071304073
Sede: Sede 103

Fecha y hora de ingreso: 2025-07-12 06:57
Fecha y hora de salida: 2025-09-06 10:19
Empresa Convenio: Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Empresa Contratante: Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Tipo de Examen: Pre Ingreso
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**
Radiografía De Columna Dorsolumbar	Realizado
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
Prueba Psicosensometrica De Coordinacion Motriz	Realizado

Laboratorios	**Resultado**
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado
Drogas De Abuso - 2 Sustancias	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:
EXAMEN MÉDICO REALIZADO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

HIGIENE POSTURAL.
MANTENER ÁNGULOS DE CONFORT EN EL PUESTO DE TRABAJO.
USO DE EPP SEGÚN RIESGO EXPOSICIÓN.
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.
BAJAR PESO.
EJERCICIO.
SEGUIMIENTO,TRATAMIENTO,CONTROL,PATOLOGÍA DE BASE EN EPS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

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

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

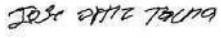
Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

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

Paciente:	JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA
CC:	1071304073

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

Bogota, Julio 30 del 2025

Señor
JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA
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 12 de julio de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se encuentran en el resultado del examen médico copia del cual se adjunta, donde se manifiesta que este aplazado para el cargo y para trabajo en alturas.

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 antes del 31 de julio del 2025.

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 : JOSE ORTIZ

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

Scanned with CamScanner

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

NOMBRE DEL TRABAJADOR Soldador | CARGO JOSE ARNULFO ORTIZ | C.C. 1.071.304.073

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		Radilleras		
1	15	07	2025	1			1	1				2					1	1		1					JOSE ORTIZ
2	19	07	25												✓										JOSÉ ORTIZ
3	02	10	25																				1		JOSE ORTIZ
4	08	10	25		X				X			1	1		1					1					JOSE ORTIZ
5	17	12	25												1	1		1							JOSE ORTIZ
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

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:

JOSE ARNULFO ORTIZ TACHA

Con identificación **Nº. 1071304073**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **TRABAJADOR AUTORIZADO**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **32** horas realizadas en Bogotá
Desde **3 de noviembre de 2025** hasta el día **6 de noviembre de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS**

NIT **900898254-2**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **COLMENA**

Representante Legal **MAFIOLI PEREIRA DIEGO ARMANDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **6 de noviembre de 2025**

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

LUZ ADRIANA LOPEZ RUIZ
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N° de Licencia *24622 DE 2025*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.968.682

RAMOS

APELLIDOS

JUAN DIEGO

NOMBRES

Diego Ramos

FIRMA





INDICE DERECHO

13-SEP-1990

FECHA DE NACIMIENTO

GUATAVITA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

23-JUN-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01171881-M-1022968682-20201020 0072131695A 1 9913403381

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Diego Ramos | CARGO: Ayudante | C.C. 1022968682

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		Escola Arquitectura
	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	FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
1	08	01	26	1	1			1				1				1		1		1		1			Diego Ramos
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.

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Juan Diego Ramos

IDENTIFICADO CON C.C : 1022968682

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
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 21-01-26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Juan Diego Ramos.	
FIRMA Diego Ramos.	FIRMA RESPONSABLE SST 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 INDUCCIÓN:	21-01-26		
Nombre del responsable:	Juan Diego Ramos	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Juan Diego Ramos	Cédula:	1022968682
DEPENDENCIA/PROYECTO	N E.	CONTRATISTA:	Escala A1
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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 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 Diego Ramos	NOMBRE: Juan Diego Ramos CARGO: Ayudante
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sarabia NOMBRE: Thalia Sarabia	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	Juan Diego Ramos	CARGO	Ayudante
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	NE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala A.

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

Diego Ramos	Thalia Sarabia	21-01-20
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

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

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

Medellín, 12 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JUAN DIEGO RAMOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022968682 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411202 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 12/01/2026 11.44 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016090774	1|3|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria: SI ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS): 3

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: RAMOS	Segundo apellido:	Primer nombre: JUAN	Segundo nombre: DIEGO

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1022966882	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	1|3|0|9|1|9|9|0

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: GUATAVITA	

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 SURAMER CANA S.A.	COLFONDOS	1750905	

26.Residencia			
Dirección: CL 56 76 32	Telefono fijo:	Telefono celular: 3143484180	Correo electronico: JUANDRAMOS682@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: CHAPINERO	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia								
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono 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			

Selección 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)
JUAN DIEGO RAMOS	CC	1022966882	01

59.Ubicación				
Dirección: CL 56 76 32	Telefono fijo o celular: 3143484180	Correo electrónico: JUANDRAMOS682@GMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4016090774

8. 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 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 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 trámite 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|3|0|1|2|0|2|6		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen 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 información del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

73. [x] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

74. [x] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

75. [x] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. [x] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico 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 de Contribución Solidaria, según encuesta del Sisben vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

Diego Ramos

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 unión 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 unión 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 certificado 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

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

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 14:49:43 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1022968682,** Apellidos y Nombres **RAMOS JUAN DIEGO**

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.149.442.786**

PUCHICAMA CONQUISTA
APELLIDOS

LUIS GUALDO
NOMBRES

Luis Gualdo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1998**
BAJO BAUDO (PIZARRO)
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

03-MAY-2017 BAJO BAUDO (PIZARRO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1701000-00945220-M-1149442786-20171010 00580 10336A 3 476994609

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Pachicama | CARGO Ayudante | C.C. 1149442786

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		Escala Arquitectura 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 Ocaldo
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	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	09/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis Exaldo Pachimoa	Cédula:	1.149.442986
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Escala
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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	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 Luis Gualdo	NOMBRE: Luis Gualdo CARGO: oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Luis Eduardo Pachma	CARGO	Oficio
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	INS	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala

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

Luis Eduardo	Adalid Sanabria	9/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
5/5	SI X NO		

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Gualdi Pachicama anguita

IDENTIFICADO CON C.C : 1.749.942.786.

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 _____ en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Luis Gualdi	Thalia Sanchez
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Luis Gualdi	Thalia Sanchez

Scanned with CamScanner

Medellín, 08 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUIS GUALDO PUCHICAMA CONQUISTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1149442786 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 09/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411202 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 08/01/2026 9.53 PM

12140891

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 80015

FECHA DE RADICACIÓN: 11 01 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1384

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PUCHICAMA	CONQUISTA	LUIS	GUALDO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	1149442786	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	15. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
COLOMBIA	COLOMBIA	CHOCO	BAJO BAUDO	02	11	1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					SURA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,750,905.00	$0.00		CL 83 D SUR 18C 46

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3003887778	luigualdopuchicamaconguista@gmail.com	DISTRITO CAPITAL

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL	IPS
BOGOTA		[X]	[ ]	[ ]	[ ]	99067

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

27. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO: 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		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	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: N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO

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/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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN 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. PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		F M	F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
				09 01 2026		

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. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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). [ ]
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
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.	

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
Luis P	

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. 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
C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.								

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LUIS GUALDO PUCHICAMA CONQUISTA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1149442786 de BAJO BAUDO, certifico que:

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?	SÍ☐ No☐
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?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3003887778

y/o correo electrónico: luigualdopuchicamaconguista@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Luis P

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1149442786

Fecha de Solicitud: 11/01/2026

Dirección: CL 83 D SUR 18C 46

Tel: 3003887778 Municipio: BOGOTA

Departamento: DISTRITO CAPITAL

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. .

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.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
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	
INDEPENDIENTE	SURA	PORVENIR	$1750905	NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐
Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	X	Especialización	☐	Último Grado	
Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado	_____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador	☐	Contratista	X	Trabaja por su Cuenta	☐
Inicio Contrato	09/01/2026		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	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Angie Andrea Giraldo Jimenez	A1384		CIUDAD Y FECHA

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 GUALDO PUCHICAMA CONQUISTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.149.442.786**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero 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 14:38:29 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1149442786,** Apellidos y Nombres **PUCHICAMA CONQUISTA LUIS GUALDO**

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

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Mauricio Fajardo Ortiz

CARGO Ayudante

C.C. 80203397

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		Escala Arquitectura 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			Mauricio F.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.

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Mauricio Falardo Ortiz

IDENTIFICADO CON C.C : 80 203 397

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

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 21-01-26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Mauricio Falardo Ortiz	Thalia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Mauricio F O.	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 INDUCCIÓN:	21-01-26		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	
Nombre de quien recibe la inducción:	Mauricio Ortiz	Cédula:	80203397
DEPENDENCIA/PROYECTO	Nueva Esperanza	CONTRATISTA:	Escala Arquit.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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 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 Mauricio FO	NOMBRE: Mauricio Fajardo Ortiz CARGO: Ayudante.
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria 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 Mauricio ortiz	CARGO Ayudante
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Nueva Esper.	NOMBRE DEL CONTRATISTA Escala Ara

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

Mauricio F.O.	Thalia Sanabria	21-01-26
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

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

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Powered by CamScanner

Medellín, 12 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MAURICIO FAJARDO ORTIZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 80203397 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411202 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 12/01/2026 11.50 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9012564690
9012564690

30131445

Fecha de Radicación
13 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Las tres anteriores que se encuentren vacías al finalizar este diligenciado

4. Tipo de Trámite	5. Tipo de Afiliación	6. Régimen	7. Cotización Solidaria	8. Tipo de Afiliado	9. Tipo de Cotizante	10. Código Cotizante
A.	A. Cabeza de Familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	A. Activo	
B.	B. Conyuge o Compañero Permanente	B. Subsidiado	B. Beneficiario	B. Independiente	B. Pensionado	
C. X	C. Padre o Madre	C. Excepción		C. Pensionado	C. Independiente	3
	D. Otro	D. No Afiliado		D. Voluntario	D. Voluntario	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante, cónyuge, padre de familia o beneficiario cuando aplique o número adicional)

2. Apellidos y nombres			
FAJARDO	ORTIZ	MAURICIO	

3. Tipo de documento de identidad	4. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación	13. Fecha de nacimiento
CC	80203397	M X		09 05 1980

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Diligenciar por el afiliado)

16A. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tabla Pensiones SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI NO X	SI NO	Nivel	20

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

26. Nacionalidad

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES DEL NIÑO NACIDO VIVO - Datos básicos de la declaración del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres					

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación	32. Nacionalidad

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

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

35. Apellidos y nombres

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo de identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento		

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tabla pensiones SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Centro Poblado	Área Rural	Dirección tipo vía y detalle	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (si aplica)

Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIANTE O DE LAS ENTIDADES ASOCIADAS A LA MODALIDAD DE PENSIÓN DEL RÉGIMEN DE AHORRO

19. Primer Apellido	20. Segundo Apellido	21. Tipo de Identificación	22. Número de Identificación	23. Primer Nombre	24. Otros Nombres
FAJARDO	ORTIZ	CC	80203397	MAURICIO	

25. Dirección de Residencia: CARRERA 14 75B 20 | 26. Teléfono: 31056591 | 27. País: BOGOTA | 28. Departamento: DISTRITO CAPITAL

VI. APORTES DEL AFILIADO

29. Tipo de Entidad: [ ] 30. Cotizante: [ ] 31. Actividad: [ ]
32. Tipo de Cotizante: [ ] 33. Subtipo de Cotizante: [ ] 34. Trabajador de Tiempo Parcial: [ ]
35. Tipo de Aportante: [ ] 36. Tipo de Aportante: [ ] 37. Trabajador de Alto Riesgo Pensional: [X]
38. Tipo de Cotizante: [ ] 39. Extranjero: [ ] 40. Residente en el Exterior: [ ] 41. Tipo de Aportante: [ ]
42. Tipo de Cotizante: [ ] 43. Tipo de Cotizante: [ ] 44. Tipo de Cotizante: [ ] 45. Tipo de Cotizante: [ ]
46. Tipo de Cotizante: [ ] 47. Tipo de Cotizante: [ ] 48. Tipo de Cotizante: [ ] 49. Tipo de Cotizante: [ ]

VII. DATOS ADICIONALES (SOLO PARA EL CASO DE AFILIADOS)

50. Entidad Pagadora de Pensión	51. Número de Identificación del Empleador	52. Subtipo de Cotizante	53. Tipo de Identificación	54. Fecha de Ingreso

55. EPS a la que pertenece	56. Fecha de Afiliación	57. Número de Radicado	58. Código de Ocupación
	13 01 2026		

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[ ] 59. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 60. Declaro bajo la gravedad de juramento que me encuentro afiliado al régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.
[ ] 61. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen de ahorro individual con solidaridad.
[ ] 62. Declaro bajo la gravedad de juramento que me encuentro afiliado al régimen de Prima Media con Prestación Definida.
[ ] 63. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 64. Autorizo a la AFP a descontar de mi cuenta de ahorro individual el valor correspondiente a la comisión de administración.
[ ] 65. Autorizo a la AFP a descontar de mi cuenta de ahorro individual el valor correspondiente a la comisión de administración.
[ ] 66. Autorizo a la AFP a descontar de mi cuenta de ahorro individual el valor correspondiente a la comisión de administración.
[ ] 67. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 68. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 69. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 70. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 71. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 72. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 73. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 74. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 75. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 76. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 77. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 78. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 79. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.
[ ] 80. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado a ningún régimen pensional.

IX. CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

81. Declaro que el afiliado labora en mi empresa y que las funciones que realiza corresponden a actividades de alto riesgo pensional.

82. Tipo de Documento de Identificación	83. Número de Identificación

84. FIRMAS

Mauricio Fajardo

X. ANEXOS

85. Anexos: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

86. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
87. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
88. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
89. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
90. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
91. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
92. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.
93. Espacio para uso exclusivo de la entidad receptora.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O ENTIDAD PÚBLICA DEL LUGAR DE PRESTACIÓN

94. Identificación de la Entidad Territorial	95. Nombre de la Entidad

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O ENTIDAD PÚBLICA QUE RECAUDA LA POBLACIÓN

96. Nombre del Funcionario	97. Número de Identificación	98. Firma del Funcionario

99. Observaciones: CARGO: INDEPENDIENTE

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FAJARDO ORTIZ MAURICIO** identificado(a) con **CC** número **80.203.397** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de diciembre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.609.880

Apellidos
RUBIO

Nombres
WILSON MANUEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
01 NOV 1972

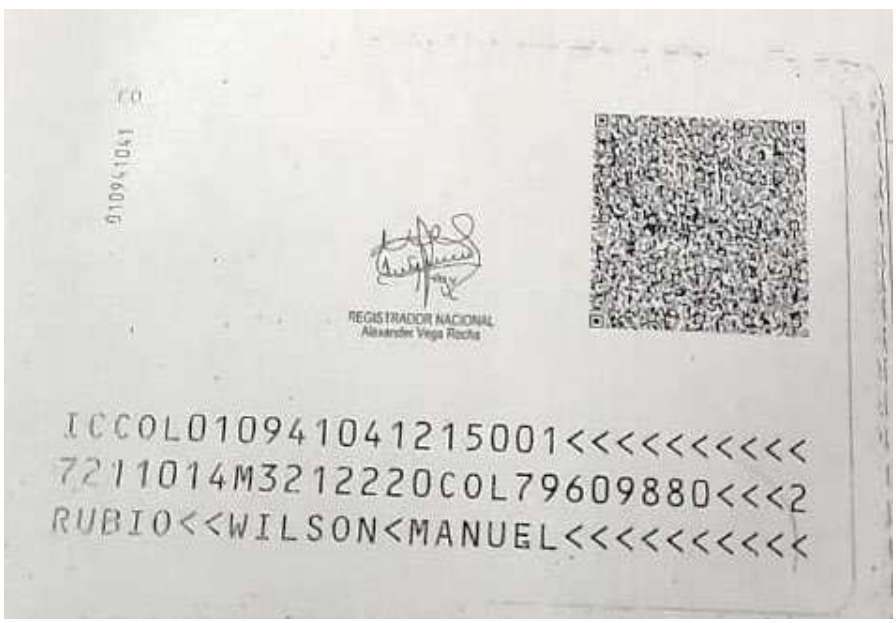
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 AGO 1991, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
22 DIC 2032



0109410 41

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0109410412150 01<<<<<<<<<<<
7211014M3212220COL79609880<<<2
RUBIO<<WILSON<MANUEL<<<<<<<<<<

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Wilson Manuel Rubio | CARGO Ayudante | C.C. 79 609 880

Escala Arquitectura

FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		
	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/ pantalon y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco	
1	08	01	26	1	1			1		1					1			1		1		1			Wilson Rubio
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	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	16/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Wilson Rubio	Cédula:	79160980
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Escala
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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	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 Oficial	NOMBRE: Wilson Rubio CARGO: Oficial Rural
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Wilson Rebolledo	CARGO	Oficios
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CONE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala

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

Wilson Rebolledo	Natalia Zapata	16/01/2022
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

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Wilson Pulido

IDENTIFICADO CON C.C : 7660[illegible]

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

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 [illegible] en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Wilson Pulido	Thalia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Wilson Pulido	Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 15 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que WILSON MANUEL RUBIO identificado(a) con cédula de ciudadanía 79609880 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411202 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS Y DEMÁS ELEMENTOS METÁLICOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411202

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 15/01/2026 3.52 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON MANUEL RUBIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79609880,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de enero 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

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 14:45:26 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79609880,** Apellidos y Nombres **RUBIO WILSON MANUEL**

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

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-01-09

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 79609880	WILSON	MANUEL	RUBIO		M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-01-09

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	02/05/2023	Retirado	COTIZANTE	BOGOTA D.C.

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-01-09

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: PRIMA MEDIA	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1996-03-26	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-01-09

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2012-09-06	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-01-29	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	2013-11-02	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2017-08-04	Activa	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2020-12-29	Activa	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL MONTAJE Y/O REPARACIÓN DE OLEODUCTOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA	2019-02-14	Activa	ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONSTRUCCION Y DE INGENIERIA CIVIL CON SUMINISTRO DE OPERARIOS	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-01-09

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-01-09

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2026-01-09

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2026-01-09

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

80.502.528

NUMERO

OSORIO

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1970

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

09-AGO-1991 USAQUEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500104-42127053-M-0080502528-20041001 00637 04275A 02 154309956

ImperDeco Sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	CÓDIGO	FOT-EPPD-SST-002
		FECHA	14/01/2022
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	VERSIÓN	4

Nombre completo: Carlos Eduardo Osorio

Cargo: 80502528. / Operario | Número de cédula: 80502528

Recibí y me comprometo a cuidar los elementos de protección personal que han sido suministrados por la empresa para realizar mis actividades laborales. Soy consciente del uso y adecuado mantenimiento que debo dar a los elementos, entendiendo la importancia y obligatoriedad de su uso en las tareas de riesgo durante la jornada de trabajo. *Cumplimiento Resolucion 2400/1979.Cap.III,Art. 3.Obligaciones del trabajador.Literal:b) Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la Empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.*

ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO	FIRMA QUIEN ENTREGA
Guantes	1	9 enero 2026		
Tapabocas	1	9 enero 2026		
gafas transparentes	1	9 enero 2026		
Tapabocas	1	9 enero 2026		

ImperDeco Sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	CÓDIGO	FOT-EPPD-SST-002
		FECHA	14/01/2022
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	VERSIÓN	4

Nombre completo:

Cargo: | Número de cédula:

Recibí y me comprometo a cuidar los elementos de protección personal que han sido suministrados por la empresa para realizar mis actividades laborales. Soy consciente del uso y adecuado mantenimiento que debo dar a los elementos, entendiendo la importancia y obligatoriedad de su uso en las tareas de riesgo durante la jornada de trabajo. *Cumplimiento Resolucion 2400/1979.Cap.III,Art. 3.Obligaciones del trabajador.Literal:b) Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la Empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.*

ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO	FIRMA QUIEN ENTREGA

ImperDeco Sas	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)						CODIGO		3-01-LEPD-SST-601
	FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION						FECHA		14-01-2026
							VERSION		1
NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR	CÉDULA	CARGO	ELEMENTO (S) ENTREGADO (S)	FECHA DE ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO	NOMBRES COMPLETOS QUIEN ENTREGA	CÉDULA	CARGO	FIRMA QUIEN ENTREGA
Carlos Eduardo Osorio	80202528	operario	Overol 2 piezas (Azul).	9 enero 2026			1012346078	Coord. SST	
Carlos Eduardo Osorio	80202528	operario	Botas Industriales	9 enero 2026			1012346078	Coord SST	

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

NOMBRE COMPLETO	Carlos E. Osorio	CARGO	Operario - Ayudte
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.
Describa 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.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCION
		3/2/26

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Carlos E. Osorio

IDENTIFICADO CON C.C : 80.502.528

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficio

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 3/2/26 en la ciudad de Bogotá D.C

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Carlos Eduardo Osorio	Gestión SST
FIRMA	**FIRMA RESPONSABLE SST**
	Gest.

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:	3/1/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria Wilson Fan	Cargo:	Insp. SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Carlos E. Osorio	Cédula:	80.502.528
DEPENDENCIA/PROYECTO	Soraes. – CNE	CONTRATISTA:	CNE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	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 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: Carlos E. Osorio

NOMBRE: Carlos E. Osorio

CARGO: Operario - Ayuda

Persona que realizó la capacitación:

FIRMA: Thalia Sanabria

NOMBRE: Thalia S

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

PROTECCION AV S.A.S

Resolución 4272 de 2021
Ministerio de Trabajo aprobación No. 08SE2018220000000029457

OTORGA LA CERTIFICACION DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA EN EL PROGRAMA

TRABAJADOR AUTORIZADO

A:

CARLOS EDUARDO OSORIO

Cédula de ciudadanía Nº 80502528

Realizado en Bogotá del (06) del mes de septiembre de 2025 al (09) del mes de septiembre de 2025 con una intensidad de 32 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (09) del mes de septiembre de 2025

YURBY SHIRLEY GONZALEZ ANAVE
ENTRENADOR
LICENCIA SST: 0965 de 28/10/2020

SONIA ELIZABETH HERRERA BELLO
Representante Legal

CERTIFICACION NTC 6072-2014
Por BUREAU VERITAS CERTIFICATION con
ACREDITADO ONAC
ISO/IEC 17065:2012
09-CPR-008

3497

Empresa: IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SAS
NIT: 900157983-4
Representante Legal: ROSMERY CHAPARRO MUÑOZ
ARL: SURA

Bogotá D.C., enero 20 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que CARLOS EDUARDO OSORIO , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80502528, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: PROTECCION AV SAS
ENTRENADOR: YURBY SHIRLEY GONZALEZ ANAVE
SEDE DONDE SE FORMÓ: PROTECCION AV SAS
EMPLEADOR: IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 06/09/2025 a 09/09/2025
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 20 de 2026

Bogotá D.C., enero 20 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que CARLOS EDUARDO OSORIO , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80502528, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: ESPACIOS CONFINADOS ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS.
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SERVICES Y TRAINING HSE COLOMBIA SAS
ENTRENADOR: HENRY ALBERTO GUATIBONZA SOLANO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SERVICES Y TRAINING ESPACIOS CONFINADOS
EMPLEADOR: IMPERDECO S A S
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 04/09/2023 a 05/09/2023
INTENSIDAD HORARIA: 16 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 20 de 2026

Services & Training

Health, Safety and Environment

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS

En cumplimiento de la Resolución 4272 de 2021 y NTC 6072 (para trabajo en alturas)
En cumplimiento de la Resolución 0491 y 2605 de 2020 (para espacios confinados)

Hace constar que:

CARLOS EDUARDO OSORIO

CC 80502528

Enviado por la empresa **IMPERDECO S A S NIT: 900157983-4** cuyo representante legal es **JORGE ALBERTO MELO NAVARRO /** Afiliado a la ARL **SURA**

Certificado No. S&T-EC 23-SEP-004

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJADOR ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS

Con una intensidad de 16 horas

Ciudad y fecha de expedición del certificado: Ciudad y Fecha donde realizo la capacitación:

Bogotá D.C. el 05 de Septiembre de 2023 Bogotá D.C. el 05 de Septiembre de 2023

HENRY A. GUATIBONZA S.
LICENCIA 8973 DEL 09/07/2018 S.D.S. BOGOTA

ENTRENADOR

EDGAR HERNANDO PÉREZ LOZANO
REPRESENTANTE LEGAL

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS NIT 900.630.894-5
Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo 2375 de 19/02/2018

APROBACIÓNES MINISTERIO DEL TRABAJO
BOGOTÁ 08SE2018220000000019567 DE 2018-05-30 / SOACHA 08SE2019220000000000777 DE 2019-01-14 / FUNZA 08SE2021220100000056254 DE 2021-10-11
ESPACIOS CONFINADOS 08SE2022220000000044475

CERTIFICADO POR CELAC BOGOTÁ N° 30.397-1 20 DE ABRIL DE 2021 / SOACHA No. 30.398-1 DEL 20 DE ABRIL DE 2021 / FUNZA N° 30.409-1 21 DE AGOSTO DE 2021
CÓDIGO CELAC 18-CPR-002

Bogotá D.C. Transversal 77 51 A 18 • 311 277 9980 • 315 399 2125 • info@servicestraining.co
Soacha (Cund.) Cra. 4 (Autopista del Sur) # 53 - 175 • 312 494 8925 • 320 488 1462 • soacha@servicestraining.co
Funza (Cund.) Carrera 9 # 17-05 (Vía Funza - Siberia) • 320 488 1462 • 315 344 2125 • funza@servicestraining.co

Verificación de certificados únicamente en la pagina del ministerio: https://app2.mintrabajo.gov.co/CentrosEntrenamiento/consulta_ext.aspx
Verificación de documentos del centro de entrenamiento: www.servicestraining.co

Medellín, 16 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 IMPERDECO SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, 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
C80181350	PEREZ QUINTERO ALEXANDER	22/01/2019		22893155	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C80502528	OSORIO CARLOS EDUARDO	11/01/2019		³250C136	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1048938013	ALFARO CORTECERO DUVAN ALBERTO	08/10/2024		A132221g	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C6364139	UPEGUI ELADIO ELADIO OLVEY	09/05/2018		208O2181	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C79416893	DIAZ GONZALEZ EDGAR	01/03/2025		144247p1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C19792616	SARMIENTO BOLAÑO EVER ANTONIO	12/01/2022		151r240l	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C71941278	VIVEROS VIVAS HECTOR EMILIO	09/01/2019		27159247	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1001346791	RAMOS MORENO JENNY ROCIO	04/12/2025		Y12g3718	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1083553628	MUÑOZ BARRERA WILLIAN RAFAEL	18/04/2024		2t251711	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C51981726	CHAPARRO MUÑOZ AIDA JUDITH	01/10/2009		12714958	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1012346078	VALBUENA RAMIREZ YURY EMILSE	05/03/2024		205k42O2	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:C10123460782601649759

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 13:49:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.181.36, 192.230.104.13, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **CARLOS EDUARDO OSORIO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **80502528**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80502528
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS EDUARDO OSORIO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	317
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52
EMPLEADOR(ES)	NI 900157983 IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA S.A.S DESDE 01/10/2019

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **20/01/2026**

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 **CARLOS EDUARDO OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80502528,** se encuentra afiliado/a desde **09/05/1995** 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 20 de enero 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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Enero 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	: 80502528
Nombre	: CARLOS EDUARDO OSORIO
Empresa/Contratante	: IMPERDECO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900157983
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/01/10
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/01/11
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN CORRESPONDA 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
5WcnBrS2H

Vigilado Supersubsidio

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ◯ Periódico ⊗ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ⊗



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **01/03/2025 06:36:00** Empresa **IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS**

Nombre **CARLOS EDUARDO OSORIO**

Cargo **OPERARIO (A)** Doc. Identidad **CC 80502528**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	2 EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL	3 ESPACIOS CONFINADOS
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	◯	◯	◯	◯
Aplazado	◯	◯	◯	◯
Apto con restricciones	◯	◯	◯	◯
Apto para trabajar en alturas	◯	◯	◯	◯
Apto para trabajar en espacios confinados	◯	◯	◯	◯
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	◯	◯	◯	◯
Apto para participar en la brigada	◯	◯	◯	◯
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	◯	◯	◯	◯

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	⊗	◯
Requiere restricciones de actividades	◯	◯
Requiere reubicación laboral temporal	◯	◯
Requiere reubicación laboral permanente	◯	◯
Apto para trabajar en alturas	⊗	◯
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	◯
Apto para trabajar en alturas	⊗	◯

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	◯	◯
Secuelas de Accidentes de Trabajo	◯	◯
Enfermedad Común	◯	◯

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ⊗ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN SI ◯ NO⊗ **ARL** SI ◯ NO⊗ **EPS** OTORRINO SI ◯ NO⊗

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO EN PISO ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CARLOS EDUARDO OSORIO
CC 80502528
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

EVITAR EXPOSICION MAYOR O IGUAL A 85 DB
DEBE CONTINUAR CON EL CONTROL SEMESTRAL DE AUDIOMETRIA Y OTORRINO POR PARTE DE LA EPS
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA AUDITIVA DE LA EMPRESA
EVITAR EL USO DE CELULAR Y DE AUDIFONOS RECREATIVOS, EN SU LABOR
USO DE CORRECION VISUAL PERMANENTES Y OBLIGATORIA
INDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) CUMPLIR CON LAS NORMAS PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
FORMACION EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS , INDUCCION SOBRE EL USO DE ARNES SI LO REQUIERE
USO DE BLOQUEADOR SOLAR, ROPA, ZAPATOS Y EPP QUE PROPORCIONE LA EMPRESA
INSPECCIONAR LAS HERRAMIENTAS PERIODICAMENTE ANTES DE UTILIZARLAS,
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS QUE MANTENGA UN PESO SALUDABLE
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 DEL TRABAJADOR.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CARLOS EDUARDO OSORIO
CC 80502528
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Bogotá D.C, 31 de marzo de 2025

SEÑOR

CARLOS EDUARDO OSORIO

OPERARIO

Basado en el examen ocupacional ingreso énfasis en alturas y espacios confinados practicado a usted el día 01 de marzo de 2025 en la IPS Santa Elena S.A.S, se notifica formalmente las recomendaciones médicas que requiere implementar en las actividades laborales y extralaborales.

CERTIFICADO DE APTITUD

- Sin restricciones para continuar el cargo.
- Sin restricciones para la labor de alturas o espacios confinados.

INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

- Auditivo

CONTROL POR LA EPS

- Uso de lentes permanentes.
- Se recomienda seguir el control de acuerdo a su seguimiento con medicina en su EPS para confirmar diagnóstico y determinar manejo.
- Remisión de control semestral de audiometría por parte de la EPS y evitar exposición mayor o igual a 85 db
- Remisión de control semestral de otorrino por parte de la EPS

RECOMENDACIONES MEDIDAS PREVENTIVAS OSTEOMUSCULAR

- Capacitación en higiene postural y cuidado de la columna.

RECOMENDACIONES ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- Alimentación balanceada.
- Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral.

RECOMENDACIONES HIGIENE INDUSTRIAL

- En campo uso de bloqueador solar e hidratación.
- Pausas de compensación durante jornada laboral.
- Adecuada manipulación de cargas.

RECOMENDACIONES SEGURIDAD INDUSTRIAL

- Usar elementos de protección personal en forma correcta según área de trabajo.
- Cumplir normas de seguridad industrial.
- Capacitación de trabajo en alturas.
- Manejo adecuado de herramientas y maquinaria de trabajo.

Usted como responsable de su salud debe dar cumplimiento a las recomendaciones dadas de los resultados de los exámenes médicos ocupacionales por la IPS Santa Elena S.A.S, para esto la empresa Impermeabilizaciones de Colombia S.A.S Imperdeco le da un plazo de seis (6) meses a partir del día de la notificación de la misma, en caso contrario el contrato le será cancelado.

CARLOS EDUARDO OSORIO
OPERARIO

JORGE ALBERTO MELO NAVARRO
REPRESENTANTE LEGAL

YURY VALBUENA
COORDINADORA 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 09:39:34 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80502528,** Apellidos y Nombres **OSORIO CARLOS EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **IMPERDECO SAS**, con NIT **900157983-4** 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.

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

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LABOR DETERMINADA No.80502528-126	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	**IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SAS**
NIT	**900157983-4**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CARLOS EDUARDO OSORIO**
CEDULA DE CIUDADANIA	**80.502.528**
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	**BOGOTA JUNIO 26 DE 1970**
DIRECCION DE DOMICILIO DEL TRABAJADOR	**Carrera 2b #49 - 73 sur**
TELEFONO	**3117904095**
CORREO ELECTRONICO	**osoriocar52471@hotmail.com**
OBRA O LABOR A EJECUTAR	**Aplicación de sistemas impermeabilización en frio herramienta menores - caliente con reactor, soplete, etc- herramientas pulidoras, taladros etc**
SALARIO BASICO	**$ 1.800.905.oo**
PERIODOS DE PAGO	**QUINCENALES**
FECHA DE INICIACION DE CONTRATO	**ENERO 08 DE 2026**
LUGAR DESEMPEÑO DE LABORES	**OBRAS EN BOGOTA Y TERRITORIO NACIONAL**
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO	**BOGOTA**
CARGO	**OPERARIO(A)**

Entre los suscritos **JORGE ALBERTO MELO NAVARRO**, vecino de BOGOTA, identificado con cedula de ciudadanía No. 17.950.033 expedida en FONSECA, obrando como propietario y/o Representante Legal del establecimiento de comercio Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco SAS**,** por una parte, que aquí se llamará **EL EMPLEADOR**; y **CARLOS EDUARDO OSORIO** mayor de edad y vecino(a) de Bogotá, identificada con cedula de ciudadanía **No. 80.502.528** expedida en **USAQUEN** por otra parte, que aquí se llamará **EL TRABAJADOR**, hemos celebrado el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LABOR DETERMINADA,** regido por las normas contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo LEY 50 DE 1990, reglamento interno del trabajo y por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: **OBJETO –** El Empleador contrato los servicios personales del **TRABAJADOR** y éste se obliga a: a) A poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio de Técnico operario en aplicación de sistemas de impermeabilización en frio utilizando herramienta manual como brocha, rodillo, escoba, espátula, llana etc, en caliente con máquinas eléctricas, reactor, pistola de calor de termo soldar etc, herramienta eléctrica de pulir, cortar y taladrar y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con el anexo 1 funciones y 2 horario de trabajo y con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes; b) A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; c) Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo, especialmente aquella información cuya divulgación pudiera afectar o causar perjuicios a **EL EMPLEADOR**; d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por la empresa, o por quienes la representen, respecto del desarrollo de sus actividades; e) Cuidar permanentemente los intereses de la empresa; f) Dedicar la totalidad de la jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones; g) Programar diariamente su trabajo y

asistir puntualmente a las reuniones a que hubiere sido citado; h) Observar completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo, en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor; i) Cumplir permanentemente con el espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con la empresa; j) Avisar oportunamente y por escrito a la empresa todo cambio en su dirección, teléfono, ciudad de residencia o estado civil y en General todas las consagradas en el Código Sustantivo del Trabajo y las demás normas que lo regulen, reformen o adicionen) A no ingresar a los lugares que se le asigne para desarrollar su trabajo bajo los efectos de alucinógenas, bebidas embriagantes, etc ni a consumirlos durante su tiempo laboral ni en las obras, a no fumar dentro de las instalaciones de obra donde sea asignado. L) A cumplir con todas las normas del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, y mantener en todo momento el autocuidado personal tanto dentro de las obras como en los desplazamientos a sus lugares de trabajo. **SEGUNDA.** 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 oficio y/o labor que se suscribe y todas las comunicaciones generales o particulares, reglamentos, manuales de funciones, circulares normativas, recomendaciones, recordatorios de funciones y observaciones que el **EMPLEADOR** realice al **TRABAJADOR**. **PARAGRAFO PRIMERO**: Establecen las partes que el presente contrato podrá ser modificado mediante notas escritas al pie del presente documento y suscrita por ambos contratantes, y que dichos otrosí harán parte integrante de este acuerdo. **PARAGRAFO SEGUNDO: HORARIO,** Se asigna horario laboral a las obras donde sea asignado de la siguiente manera: lunes a viernes de 7 de la mañana a 04:00 de la tarde, sábado de 07:30 de la mañana a 11:30 del mediodía. La hora de almuerzo está programada en horario de 12 del medio día a la 1 de la tarde y/o de 1:00 a 2:00 de la tarde, para un total de 44 horas semanales en cumplimiento a la ley 2101 de 2021 articulo 3. **TERCERA:** En relación con la actividad propia del trabajador en su condición de Técnico operario para la aplicación de sistemas de impermeabilización éste la ejecutará dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo trabajador así: a) Dar uso racional a los implementos entregados para el cumplimiento de sus funciones, debiendo restituirlos en buen estado, salvo el deterioro natural; b) Acatar todas las órdenes e instrucciones que le imparta el Empleador y las autoridades sanitarias y ambientales relacionadas con el manejo de los insumos y productos e) Someterse a los exámenes médicos exigidos por las autoridades sanitarias para el control respectivo; f) Acatar las recomendaciones y tratamientos establecidos por los médicos de las respectivas eps donde el trabajar este afiliado o los tratantes por cualquier tipo de enfermedad general, las recomendaciones entregadas por los médicos que practicaron los exámenes que autoriza el trabajo en alturas y los espacios confinados tendientes a evitarla contaminación de los productos comercializados por el Empleador; como por los lugares donde deba desarrollar las labores asignadas en el presente contrato g) Presentarse siempre en su lugar de trabajo En el turno asignado, exceptuando una calamidad doméstica, enfermedad o justa causa Para no presentarse. En caso de enfermedad o similares, sólo se aceptará la incapacidad médica expedida por la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado; h) Marcar la tarjeta de control de entrada y salida de una forma clara y organizada; o en su defecto los controles que establezca cada obra o constructora donde se le asigne su trabajo i) Mantener siempre una presentación impecable, portando los elementos de dotación y los epps suministrados por el Empleador; j) Conservar el sitio de trabajo en excelentes condiciones de aseo y presentación; k) Acatar los cambios de turnos establecidos por el Empleador, los cuales se le comunicarán a los Trabajadores con tres (3) días de antelación; l) Solicitar los permisos mínimo con tres (3) días de antelación y por escrito, manifestando la causa que lo motiva; m) Respetar, guardar rigurosamente la moral y mantener los buenos modales con los compañeros de trabajo, superiores y clientes; n) Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos del reglamento interno de trabajo, higiene, tanto del Empleador como de las obras donde sea asignado para desarrollar las labores de impermeabilización y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular le impartan

el empleador o sus representantes incluyendo los inspectores de seguridad y salud en el trabajo del Empleador y de las obras donde sea asignado y según el orden jerárquico de la empresa; o) Comunicar de manera oportuna al Empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios, debiendo guardar lealtad y sentido de pertenencia con la empresa; p) Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o las cosas de la empresa o establecimiento, salvo fuerza mayor o caso fortuito; q) Observar las medidas preventivas de seguridad industrial, higiénicas y de seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de minimizar el riesgo que acarree la actividad; r) Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o enfermedades profesionales, en especial las indicaciones de la ARL o LAS Entidades encargadas del control de la salud y la seguridad en el trabajo. **PARAGRAFO PRIMERO: TRASLADO.** En todo caso, EL EMPLEADOR queda facultado para trasladar a EL EMPLEADO a oficios diferentes o asignarles otras funciones, siempre que el cambio no implique desmejora de las condiciones laborales de EL EMPLEADO. Tambien podrá el empleador disponer el traslado del EMPLEADO a otras dependencias, a empresas filiales o subsidiarias como a las diferentes constructoras y obras donde el Empleador tenga contratos de impermeabilización u otras labores que se le asigne, lo mismo que a ciudades o lugares diferentes al lugar donde el Empleador tiene las oficinas, cual las necesidades administrativas, de funcionamiento o de producción así lo hagan aconsejable y teniendo en cuenta que desde este momento **EL EMPLEADO** es consciente de que el EMPLEADOR tiene contratos en otras ciudades. **CUARTA**: Por esta incorporación de trabajo, mediante el cumplimiento de las obligaciones a cargo del Trabajador, El Empleador pagará a el trabajador como remuneración mensual por la prestación de sus servicios como técnico operario la suma de **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.800.905, oo)** más auxilio de transporte legal vigente **($249.095.oo)** pagadera en las oportunidades señaladas en la parte inicial del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Las bonificaciones, incentivos, primas extralegales, auxilios, pólizas de seguro, auxilio de transporte intermunicipal, premios, la vivienda, auxilios para la Vivienda, gastos por transporte, auxilio o gastos de rodamiento, gastos de representación, la alimentación, primas extralegales o auxilio de productividad, y demás conceptos diferentes al salario estipulado, que en forma habitual u ocasional y que por mera **LIBERALIDAD** de la Empresa se reconozca al trabajador, **NO CONSTITUYEN SALARIO**, ni en dinero ni en especie, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la ley 50 de 1990, por lo tanto no serán tenidos en cuenta para liquidar prestaciones sociales, indemnizaciones, aportes parafiscales, o aportes a la Seguridad Social, así lo acuerdan las partes en una forma libre y espontánea **PARAGRAFO SEGUNDO:** El trabajador recibirá el salario, liquidado en proporción a las horas realmente trabajadas, en caso de que labore medio tiempo o en jornadas inferiores a la máxima legal, de la misma forma se liquidará y pagará el día dominical o el de descanso compensatorio. **QUINTA**: El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. - Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria teniendo en cuenta que los tiempos de descanso sobre las sesiones de la jornada, no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 del Código Sustantivo del Trabajo. - **PARAGRAFO PRIMERO**: De acuerdo con la ley 2101 del 15 de julio de 2021 modificó el artículo 161 del código sustantivo del trabajo, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** podrán acordar que la jornada máxima semanal de 47 horas, se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo de seis (06) días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. En este caso el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo 4 horas continuas y hasta 10 horas, sin lugar a ningún recargo por trabajo supletorio, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de 47 horas semanales dentro de la jornada ordinaria. **PARAGRAFO SEGUNDO: TRABAJO EXTRAORDINARIO:** Todo trabajo en horas extras o suplementario y en día domingo o festivo, en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que según la Ley deba ejecutarse así, debe autorizarlo EL EMPLEADOR o quien haga sus veces. En

consecuencia, no se reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido incluido en el reporte semanal de tiempo trabajado autorizado por las personas con facultad para ello en el respectivo establecimiento. **SEXTA**: El periodo de prueba del presente contrato será de SESENTA DIAS (60) días , como lo dispone el Artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo, Subrogado por el artículo 7° de la ley 50 de 1990.- Cuando se trate de prórrogas, se entenderá que no hay nuevo periodo de prueba, de acuerdo con lo dispuesto por el citado artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo.- Dentro de este periodo tanto la Empresa como el trabajador podrán terminar el contrato en cualquier tiempo, en forma unilateral, sin que se cause el pago de indemnización alguna de conformidad con el artículo 80 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 3° del Decreto 617/54.- Se toma como fecha inicial del presente contrato la estipulada en la parte superior del mismo.- **SEPTIMA**: Son justa causa para poner término a éste contrato individual de trabajo por labor determinada, **UNILATERALMENTE**, las enumeradas en el artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo, Subrogado por el Artículo 7° del Decreto 2351/65, y además por parte del empleador, las siguientes faltas que para tal efecto se califican como graves: a) La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficiente a juicio del empleador, por dos (02) veces dentro de un mismo mes calendario; c) La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros; d) La revelación de secretos y datos reservados de la Empresa; e) Las desavenencias frecuentes con sus compañeros de trabajo, clientes o superiores; f) El hecho de que el trabajador llegue embriagado o bajo efectos de sustancias alucinógenas al trabajo o ingiera bebidas embriagantes o alucinógenas en el sitio de trabajo, aun por la primera vez; g) El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores; o antes del horario establecido h) La no asistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo, o más sin excusa suficientes a juicio del empleador; i) Enmendar, borrar o alterar la tarjeta de control de horarios; y/o el control que lleve cada constructora en el lugar donde le fuera asignado sus labores j) Consumir o sacar del sitio de trabajo cualquier implemento, mercancías u objeto de propiedad de la Empresa, sin el debido consentimiento por escrito del superior inmediato; k) destrucción de materiales o materias primas entregados para el cumplimiento de las labores propias de su cargo y/o la mala aplicación de los mismos, pues fue capacitado para el uso y aplicación de los distintos materiales de impermeabilización; l) Permitir bien sea por descuido, negligencia, falta de cuidado o de previsión, que sustraigan mercancías, producto terminado y materiales de trabajo de las instalaciones de la Empresa y/o de las obras donde fuere asignado para trabajar; m) Retardar la realización o terminación de los trabajos relacionados con la labor que se le encomiende, sin justa causa para la empresa n) No cumplir con las funciones de su labor señaladas en este acuerdo; o)La utilización indebida de las líneas fijas o móviles que se le entreguen para el servicio de la Empresa.- **OCTAVA**: **DURACIÓN DEL CONTRATO:** De conformidad con lo previsto por el artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo, la duración del presente contrato estará determinada por la realización de la obra o labor contratada y en consecuencia las partes acuerdan expresamente que el mismo se terminará por terminación de la obra o labor contratada, al tenor de lo previsto por el literal d) del artículo 61 del Código antes citado; sin que **EL EMPLEADOR** tenga que reconocer indemnización alguna..- **NOVENA**: El trabajador autoriza expresamente a la Empresa para que deduzca de sus prestaciones sociales, salarios, bonificaciones, comisiones o cualquier saldo que a su favor pudiere existir en el momento de sus retiro, las sumas de dinero adeudadas por concepto de préstamos otorgados o deudas por mercancías y materiales de trabajo retirados o de elementos de trabajo extraviados, puestos bajo su responsabilidad y cuidado.- **DECIMA**: **MANIFESTACIONES: EL TRABAJADOR** declara y acepta que: a) Conoce las responsabilidades que asume y que posee la aptitud necesaria para desempeñarlas. b) Ha recibido, conoce, acepta y se compromete a cumplir con las normas e instrucciones establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, Programa de Salud Ocupacional, cuyas normas se entienden incorporadas en el presente contrato, en cuanto sean pertinentes. De igual forma, **EL**

TRABAJADOR acepta que cualquier tipo de incumplimiento, inobservancia o permisividad respecto al contenido de estos documentos constituye falta grave que se puede considerar como justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo por parte de **EL EMPLEADOR** y, que también harán parte integrante de este contrato, las circulares, instrucciones, órdenes internas que emitan las Directivas de la **EMPRESA** en forma verbal, escrita o electrónica, los que declaro como recibidos a la firma del presente contrato. **DECIMA PRIMERA**: **CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS**: En el contexto de la prestación de servicios encargado por **EL EMPLEADOR** y única y exclusivamente con la finalidad mencionada en el presente contrato, **EL EMPLEADOR** proporciona al trabajador, los datos de carácter personal necesarios para hacer posible la prestación de los servicios encomendados. Para ello y con el fin de dar cumplimiento a la Ley estatutaria 1581 de 2012 la cual fue reglamentada por el decreto 1377 de 2013, de protección de datos personales y posteriormente compilada en el decreto Único reglamentario 1074 de 2015, **EL TRABAJADOR** como prestador del servicio se convierte en encargado del tratamiento, comprometiéndose al cumplimiento de las obligaciones quele son inherentes y reconoce expresamente que los datos a los cuales llegue a acceder o se le lleguen a confiar como consecuencia de la ejecución del presente contrato son de exclusiva propiedad de **EL EMPLEADOR**, por lo que no podrá aplicarlo o utilizarlos con fines distintos a los previstos en el presente contrato de trabajo, excluyendo del mismo el resto de las actividades que se encuentren registradas dentro de su objeto social. El trabajador únicamente podrá tener acceso a aquellos datos que el **EMPLEADOR** le proporcione en cumplimiento del presente contrato, y procederá a su tratamiento de acuerdo con las instrucciones proporcionadas y que se encuentran en la política de tratamiento de datos del **EMPLEADOR**; se obliga a no copiar, editar, transformar, extraer, revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear para sí, o para otra persona natural o jurídica, la información que le sea suministrada con ocasión del objeto de este contrato o aquella a la que haya tenido acceso por cualquier causa, que sea de propiedad del **EMPLEADOR** y/o cualquiera de sus clientes. Cualquier uso de los datos que no se ajuste a lo dispuesto en la presente cláusula, será responsabilidad exclusiva del trabajador frente a terceros y frente al **EMPLEADOR**, ante el que responderá por los daños y perjuicios que le hubiere podido causar, siendo considerado también responsable del tratamiento a estos efectos. El trabajador manifiesta cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos personales y en particular con las medidas de seguridad establecidas por la Superintendencia de Industria y comercio, en cumplimiento de la política de calidad definida previamente, da autorización expresa al **EMPLEADOR**, para que los datos de carácter personal que suministre a través este contrato, sus modificaciones, otro si o cualquier otro documento que llegase a convertirse en parte integral del mismo, sean objeto de tratamiento en los términos de la Ley 1581 de 2012 por parte del **EMPLEADOR**, quien se compromete a implementar todas las medidas necesaria para garantizar un tratamiento idóneo de los datos personales y a cumplir con las disposiciones que se tienen en esta materia. Sus datos personales serán incorporados en nuestras bases de datos con las finalidades que se determinan a continuación: envío de correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes multimedia, fax y otros servicios determinados en el objeto social del **EMPLEADOR**. **DECIMA SEGUNDA. - AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DEL TRABAJADOR:** Como titular de la información, autorizo a la empresa Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco sas NIT 900.057.983-4, de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales, almacenarlos y distribuirlos a terceros con ocasión a la relación laboral. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la ley 1581 de 2012: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) 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. c) Ser informado por el responsable del Tratamiento o

el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) 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; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. **Nota**: La información de los beneficiarios, (padres, cónyuge o compañero(a), hijos y menores de edad) se entrega con el fin de acceder a los beneficios de las entidades de seguridad social, subsidio familiar, programas de bienestar de la compañía. El responsable del tratamiento de los datos son los empleados de **Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco SAS NIT. 900157983-4** ubicadas en el área administrativa y el personal que maneja el área administrativa de las distintas Constructoras y/o obras con los cuales **EL EMPLEADOR** tiene contratos, las distintas entidades Gubernamentales que ejercen función de control, seguimiento o afiliaciones etc. Así mismo autorizo al responsable del tratamiento, para enviarme correos electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio, con el fin de suministrarme información con ello relacionada, o los beneficios de las entidades de seguridad social, subsidio familiar y programas de bienestar de la compañía. **PARAGRAFO PRIMERO: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**: Para efectos de este contrato se tendrá como Información confidencial cualquier información societaria, técnica, incluidos archivos, bases de datos o información electrónica de propiedad de **LA EMPRESA**, financiera, comercial, estratégica, cualquier información relacionada con las operaciones de negocios presentes y/o futuras del **EMPLEADOR**, cualquier información relacionada con la estructura organizacional de la que tenga conocimiento o a la que tenga acceso por cualquier medio y por cualquier circunstancia en virtud del presente contrato, o que sea suministrada por cualquiera de los funcionarios del **EMPLEADOR**. En virtud de lo anterior **EL TRABAJADOR** se obliga a: a) Cumplir las políticas y procedimientos de Seguridad, establecidos por el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de el **EMPLEADOR**; b) Notificar al jefe Inmediato las violaciones, faltas, incidentes que atenten contra la seguridad de la información y/o del SGSST del **EMPLEADOR**. c) Participar en todas las actividades, eventos, capacitaciones, implementaciones de controles, relacionados con la Seguridad de la Información y del SGSST de **EMPLEADOR.** d) Abstenerse de ingresar al puesto de trabajo elementos como Memorias USB, dispositivos de almacenamiento de información, grabadora de voz u otros dispositivos de grabación e) Abstenerse de realizar cambios en las configuraciones de los equipos informáticos y de telecomunicaciones y componentes lógicos: f) Guardar absoluta confidencialidad y reserva en relación con la totalidad de la Información Confidencial, de tal forma que no sea conocida por terceros; g). No editar, copiar, compilar o reproducir por cualquier medio la Información Confidencial; h). No utilizar la Información Confidencial en forma alguna, directamente o a través de terceros, en asuntos, negocios y/o actividades de cualquier tipo, distintas a aquellas acordadas y/o previamente autorizados por **EL EMPLEADOR**, para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales; i) En el evento de terminación del presente contrato por cualquier causa, devolver a **AL EMPLEADOR** toda la Información Confidencial que tenga en su poder, ya sea en documentos escritos, disquetes o en cualquier otro medio e igualmente a retirarlos completamente de su computador personal; j) Asumir la responsabilidad por la totalidad de los daños, perjuicios, gastos y costas que genere el mal o inadecuado manejo de la Información Confidencial o la violación de las obligaciones de reserva y confidencialidad establecidas en el presente documento; k) Cualquier información que hubiere sido suministrada, previa a la firma del presente documento, se considerará como Información Confidencial y estará sujeta a los términos de este; l). **EL TRABAJADOR** acepta y declara que toda la Información Confidencial es de propiedad exclusiva del **EMPLEADOR** según sea el caso y que le ha sido o le será revelada únicamente con el propósito de permitir el cabal cumplimiento de sus funciones y responsabilidades y para el cumplimiento del presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. - EL TRABAJADOR que, sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o información física, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, incurrirá en sanciones legales y penales. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- EL TRABAJADOR** se obliga en forma irrevocable ante **EL EMPLEADOR** a no revelar, divulgar o facilitar -bajo cualquier forma- a ninguna persona física o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de cualquier otra persona física o jurídica, pública o privada, toda la información relacionada con el ejercicio de sus funciones, como así también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones y/o el giro comercial del **EMPLEADOR**. **PARÁGRAFO TERCERO- EL TRABAJADOR** asume la obligación de confidencialidad acordada en el presente Artículo por todo el plazo de la relación laboral y por un plazo adicional de 5 años contados a partir de la extinción del contrato de trabajo. **PARÁGRAFO CUARTO-** Se deja constancia que la violación o el incumplimiento de la obligación de confidencialidad a cargo de **EL TRABAJADOR**, así como la falsedad de la información que pudiere brindar a terceros, tendrá sanciones legales y penales. **PARÁGRAFO QUINTO. -** Las partes declaran que son conocedoras de las normas legales que reglamentan la confidencialidad de la información, las cuales se obligan a cumplir, tales como las previstas en la Ley Penal, la Ley de Comercio electrónico (Ley 527 de 1999), (Ley 1581 de 2012, y su Decreto reglamentario 1377 de 2013), el Código Civil, el Código de Comercio y las demás normas que las complementan adicionan **PARÁGRAFO SEXTO-.** No se considera información confidencial, aquella que se encuentre en las siguientes circunstancias: a) actualmente sea de dominio público, b) se encuentre en poder del **TRABAJADOR** antes de vincularse con **EL EMPLEADOR**, c) Haya pasado al dominio público sin culpa del **TRABAJADOR**. Quedaré relevado del deber de confidencialidad únicamente si soy requerido para divulgar la información mediante una citación u orden válida emanada de autoridad competente o emitida por un organismo gubernamental, situación que daré a conocer a mi **EMPLEADOR** antes de cumplir con el requerimiento. **DECIMA TERCERA**. **EL TRABAJADOR** autoriza al **EMPLEADOR** a deducir, retener o compensar, de sus prestaciones sociales, vacaciones o pagos a su favor, lo pagado por avances o anticipos de salarios por los días no laborados. **PARAGRAFO PRIMERO:** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en concordancia con el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objetivo 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.- **DECIMA CUARTA**: El presente contrato remplazará en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. - Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. - Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor, en la Ciudad de Bogotá a los OCHO(08) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2.026).

EL EMPLEADOR
IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA
IMPERDECO SAS



EL TRABAJADOR
CARLOS EDUARDO OSORIO

CC 80502528



ImperDeco Sas
Impermeabilizaciones de Colombia
especialistas en impermeabilización



Carlos Eduardo Osorio

C.C 80.502.528

ARL: Sura

EPS: Sura

RH: B+

OPERARIO

Este documento es personal e intransferible. Debe portarse en un lugar visible durante su estadía en la empresa o en las obras. Deberá´ ser devuelto al momento de su desvinculación´ definitiva para obtener el paz y salvo correspondiente. En caso de pérdida deberá´ cancelar el valor correspondiente.

Llamar en caso de emergencia: María Luisa Osorio 3134453067
Vigencia del carnet 31/12/2026

AREA SST

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.941.278**
VIVEROS VIVAS
APELLIDOS
HECTOR EMILIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1974**
ISTMINA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

01-FEB-1993 APARTADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1702700-00360666-M-0071941278-20120214 0029195341A 1 36887738

Impact Deco Sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)						CODIGO		FOI-ITPD.SST-010
							FECHA		14/01/2026
	FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN						VERSION		1
NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR	CÉDULA	CARGO	ELEMENTO(S) ENTREGADO(S)	FECHA DE ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO	NOMBRES COMPLETOS QUIEN ENTREGA	CÉDULA	CARGO	FIRMA QUIEN ENTREGA
Hector Emilio Viveros V.	71941278	operario	overol 2 piezas azul	8 Enero 2026		Operalbarera	1012346078	Coord SST.	
Hector Emilio Viveros	71941278	operario	Botas industriales	8 Enero 2026		Operalbarera	1012346078	Coord SST	

ImperDeco Sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	CÓDIGO	FOT-EPPD-SST-002
		FECHA	14/01/2022
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	VERSIÓN	4

Nombre completo: Hector Emilio Oseros

Cargo: Operario | Número de cédula: 7194178

Recibí y me comprometo a cuidar los elementos de protección personal que han sido suministrados por la empresa para realizar mis actividades laborales. Soy consciente del uso y adecuado mantenimiento que debo dar a los elementos, entendiendo la importancia y obligatoriedad de su uso en las tareas de riesgo durante la jornada de trabajo. *Cumplimiento Resolucion 2400/1979.Cap.III,Art. 3.Obligaciones del trabajador.Literal:b) Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la Empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.*

ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO	FIRMA QUIEN ENTREGA
Tapabocas	1	08 enero 2026		
Guantes	1	08 enero 2026		
Gafas transparentes	1	08 enero 2026		

ImperDeco Sas	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	CÓDIGO	FOT-EPPD-SST-002
		FECHA	14/01/2022
	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	VERSIÓN	4

Nombre completo:

Cargo: | Número de cédula:

Recibí y me comprometo a cuidar los elementos de protección personal que han sido suministrados por la empresa para realizar mis actividades laborales. Soy consciente del uso y adecuado mantenimiento que debo dar a los elementos, entendiendo la importancia y obligatoriedad de su uso en las tareas de riesgo durante la jornada de trabajo. *Cumplimiento Resolucion 2400/1979.Cap.III,Art. 3.Obligaciones del trabajador.Literal:b) Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la Empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.*

ELEMENTO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	FIRMA RECIBIDO	FIRMA QUIEN ENTREGA

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

NOMBRE COMPLETO	Hector Emilio Rivas	CARGO	Operario - Ayudante
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.
Describa 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.	- Biomecánicos - Físicos
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.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
		3/2/26

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

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:	02. 3/2/2026		
Nombre del responsable:	Cesar A. Jimenez H.	Cargo:	Res. SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Hector Eduardo Rivera	Cédula:	7194278
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE. - CNE	CONTRATISTA:	CNE.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Operario - 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 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	NOMBRE: Hector E. Riveros CARGO: Operario - Ayudante
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: NOMBRE: Cesar A. Jimenez H.	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Hector E. Rivera S

IDENTIFICADO CON C.C : 7191278

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficina - 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

- [ ] 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 3/12/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Hector E. Rivera S	Gloria M. Fino M
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C., enero 20 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que HECTOR EMILIO VIVERO VIVAS , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 71941278, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: AR CONSTRUCCIONES SAS
ENTRENADOR: SERGIO ANDRES BARON
SEDE DONDE SE FORMÓ: PROYECTO TORRES DEL 20 DE JULIO
EMPLEADOR: IMPERDECO SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 06/09/2025 a 06/09/2025
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 20 de 2026

UNIDAD VOCACIONAL DE APRENDIZAJE EN LA EMPRESA

UVAE AR CONSTRUCCIONES SAS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT: 900378893-8

Aprobación Mintrabajo 00160038 del 17/9/2014

En cumplimiento al Art 59 a la Res.4272/2021

Hace constar que

HÉCTOR EMILIO VIVEROS VIVAS

CC No. 71941278.0

Realizó el curso de entrenamiento en:

REENTRENAMIENTO SECTORIAL RES. 4272

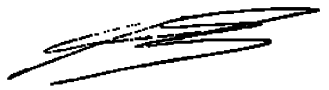
Con una duración de 8.0 horas, cumpliendo todos los requisitos exigidos legales y normativos

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., el dia 06/09/2025 fecha de culminación y expedición de la formación.

Empresa que remite al trabajador: Empleador: IMPERDECO SAS- NIT: 900157983.0
Representante Legal: JORGE ALBERTO MELO NAVARRO
ARL: SURA
Sector: CONSTRUCCION



DANIEL GIRALDO CACERES
Representante Legal
AR Construcciones SAS



Sergio Barón
Entrenador Trabajo Seguro en Alturas
Lic. 4437 de 18/10/2024

Bogotá D.C., enero 20 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que HECTOR EMILIO VIVERO VIVAS , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 71941278, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: ESPACIOS CONFINADOS ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS.
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CENTRO DE ENSENANZA EN ALTURAS Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO S.A.S. - CENASIT SAFETY S.A.S.
ENTRENADOR: JUAN DAVID LOPEZ MARTINEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENASIT SAFETY SAS
EMPLEADOR: IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA S.A.

SECTOR ECONÓMICO: COMERCIO Y SERVICIOS
FECHAS DE FORMACIÓN: 03/11/2023 a 04/11/2023
INTENSIDAD HORARIA: 16 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 20 de 2026

CS - 22115

CENASIT SAFETY S.A.S. con NIT No. 901.118.431 - 8

HACE CONSTAR QUE:

HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS

Con Cédula de ciudadanía No. 71941278

Certificado de capacitación y entrenamiento para TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

ROL TRABAJADOR ENTRANTE EN ESPACIOS CONFINADOS

Con duración de 16 Horas

CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO REALIZADOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C. LOS DÍAS:

03-11-2023, 04-11-2023

En testimonio de lo anterior se firma el presente en la ciudad de BOGOTÁ, D.C. , El día 04 de Noviembre de 2023

FLOR ALBA VILLALOBOS PACHON
REPRESENTANTE LEGAL
CENASIT SAFETY S.A.S.

JUAN DAVID LOPEZ MARTINEZ
ENTRENADOR DE TA
LIC SST #25-0060 DE 24/01/2018

CERTIFICACION ICONTEC # CS-CER601683
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL No. 36 de 13/01/2021
Res. Mintrabajo: 08SE2018220000000026870 del 25/07/2018
Res. Mintrabajo: 08SE2021220000000071326 del 13/12/2021

DANDO CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC 6072 Y RESOLUCION 0491 DE 2020.

Medellín, 16 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 IMPERDECO SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, 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
C80181350	PEREZ QUINTERO ALEXANDER	22/01/2019		22893155	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C80502528	OSORIO CARLOS EDUARDO	11/01/2019		³250C136	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1048938013	ALFARO CORTECERO DUVAN ALBERTO	08/10/2024		A132221g	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C6364139	UPEGUI ELADIO ELADIO OLVEY	09/05/2018		208O2181	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C79416893	DIAZ GONZALEZ EDGAR	01/03/2025		144247p1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C19792616	SARMIENTO BOLAÑO EVER ANTONIO	12/01/2022		151r240l	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C71941278	VIVEROS VIVAS HECTOR EMILIO	09/01/2019		27159247	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1001346791	RAMOS MORENO JENNY ROCIO	04/12/2025		Y12g3718	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1083553628	MUÑOZ BARRERA WILLIAN RAFAEL	18/04/2024		2t251711	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C51981726	CHAPARRO MUÑOZ AIDA JUDITH	01/10/2009		12714958	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1012346078	VALBUENA RAMIREZ YURY EMILSE	05/03/2024		205k42O2	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:C10123460782601649759

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 13:49:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.181.36, 192.230.104.13, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **71941278**, aparece registrado (a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71941278
NOMBRES Y APELLIDOS	HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	08/01/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	591
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52
EMPLEADOR(ES)	NI 900157983 IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA S.A.S DESDE 08/01/2019

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **20/01/2026**

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:

HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.941.278**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Enero 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	: 71941278
Nombre	: HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
Empresa/Contratante	: IMPERDECO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900157983
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/01/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/01/09
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN CORRESPONDA 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
VnRdChN5H

Vigilado Supersubsidio

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ◯ Periódico ⊗ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ⊗



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/03/2025 06:25:00** Empresa **IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS**

Nombre **HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS**

Cargo **OPERARIO (A)** Doc. Identidad **CC 71941278**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE APTITUD DE TRABAJO EN ALTURAS	2 EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL	3 ESPACIOS CONFINADOS
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO , LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	◯	◯	◯	◯
Aplazado	◯	◯	◯	◯
Apto con restricciones	◯	◯	◯	◯
Apto para trabajar en alturas	◯	◯	◯	◯
Apto para trabajar en espacios confinados	◯	◯	◯	◯
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	◯	◯	◯	◯
Apto para participar en la brigada	◯	◯	◯	◯
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	◯	◯	◯	◯

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	⊗	◯
Requiere restricciones de actividades	◯	◯
Requiere reubicación laboral temporal	◯	◯
Requiere reubicación laboral permanente	◯	◯
Apto para trabajar en alturas	⊗	◯
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	◯
Apto para trabajar en alturas	⊗	◯

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	◯	◯
Secuelas de Accidentes de Trabajo	◯	◯
Enfermedad Común	◯	◯

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ◯	NO ⊗	**ARL**	SI ◯	NO ⊗	**EPS**	SI ◯	NO ⊗

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
CC 71941278
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

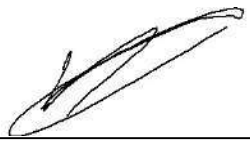
INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO EN PISO, ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS
CAPACITACION PARA LA LABOR DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) CUMPLIENDO CON LAS NORMAS PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL.
INDUCCION SOBRE EL USO DE ARNES SI LO REQUIERE
EVITAR EL USO DE CELULAR Y AUDIFONOS RECREATIVOS EN SU JORNADA LABORAL
CONTROL POR OPTOMETRIA DE LA EPS
USO DE BLOQUEADOR SOLAR, DE ROPA Y ZAPATOS ADECUADOS Y DE LOS EPP QUE PROPORCIONE LA EMPRESA
INSPECCIONAR LAS HERRAMIENTAS PERIODICAMENTE ANTES DE UTILIZARLAS,
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS QUE MANTENGAN UN ADECUADO PESO
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 DEL TRABAJADOR.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15



Trabajador: HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
CC 71941278
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Bogotá D.C, 31 de marzo de 2025

SEÑOR
HÉCTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
OPERARIO

Basado en el examen ocupacional ingreso énfasis en alturas y espacios confinados practicado a usted el día 11 de marzo de 2025 en la IPS Santa Elena S.A.S, se notifica formalmente las recomendaciones médicas que requiere implementar en las actividades laborales y extralaborales.

CERTIFICADO DE APTITUD

- Sin restricciones para continuar el cargo.
- Sin restricciones para la labor de alturas o espacios confinados.

INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

- Visual
- Cardiovascular

CONTROL POR LA EPS/ IPS

- Control por optometría anual

RECOMENDACIONES MEDIDAS PREVENTIVAS OSTEOMUSCULAR

- Capacitación en higiene postural y cuidado de la columna.

RECOMENDACIONES ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- Alimentación balanceada que mantengan un adecuado peso
- Manejo de estrés con actividades, se aconseja estilo de vida saludables con actividad física.

RECOMENDACIONES HIGIENE INDUSTRIAL

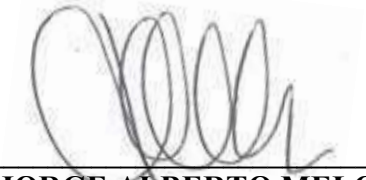
- En campo uso de bloqueador solar e hidratación.
- Pausas de compensación durante jornada laboral.
- Adecuada manipulación de cargas.

RECOMENDACIONES SEGURIDAD INDUSTRIAL

- Usar elementos de protección personal en forma correcta según área de trabajo.
- Cumplir normas de seguridad industrial.
- Capacitación de trabajo en alturas.
- Manejo adecuado de herramientas y maquinaria de trabajo.

Usted como responsable de su salud debe dar cumplimiento a las recomendaciones dadas de los resultados de los exámenes médicos ocupacionales por la IPS Santa Elena S.A.S, para esto la empresa Impermeabilizaciones de Colombia S.A.S Imperdeco le da un plazo de seis (6) meses a partir del día de la notificación de la misma, en caso contrario el contrato le será cancelado.





HÉCTOR EMILIO VIVEROS VIVAS
OPERARIO

JORGE ALBERTO MELO NAVARRO
REPRESENTANTE LEGAL



YURY VALBUENA RAMIREZ
COORDINADORA 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 10:32:42 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **71941278,** Apellidos y Nombres **VIVEROS VIVAS HECTOR EMILIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **IMPERDECO SAS** , con NIT **900157983-4** 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.

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

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LABOR DETERMINADA No.71941278-126	
NOMBRE DEL EMPLEADOR	**IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA SAS**
NIT	**900157983-4**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS**
CEDULA DE CIUDADANIA	**71.941.278**
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	**ISTMINA CHOCO AGOSTO 7 DE 1974**
DIRECCION DOMICILIO TRABAJADOR	**Calle 90 a sur b este 82 Bogotá**
TELEFONO	**3222862733**
CORREO ELECTRONICO	**viveroshector@gmail.com**
OBRA O LABOR A EJECUTAR	**Aplicación de sistemas impermeabilización en frio herramienta menores - caliente con reactor, soplete, etc- herramientas pulidoras, taladros etc**
SALARIO BASICO	**$ 1.800.905.oo**
PERIODOS DE PAGO	**QUINCENALES**
FECHA DE INICIACION DEL CONTRATO	**ENERO 8 DE 2026**
LUGAR DE DESEMPEÑO LABORES	**BOGOTA Y TERRITORIO NACIONAL**
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO	**BOGOTA**
CARGO	**OPERARIO(A)**

Entre los suscritos **JORGE ALBERTO MELO NAVARRO**, vecino de BOGOTA, identificado con cedula de ciudadanía No. 17.950.033 expedida en FONSECA, obrando como propietario y/o Representante Legal del establecimiento de comercio Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco SAS**,** por una parte, que aquí se llamará **EL EMPLEADOR**; y **HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS** mayor de edad y vecino(a) de Bogotá, identificada con cedula de ciudadanía **No. 71.941.278** expedida en **APARTADO** por otra parte, que aquí se llamará **EL TRABAJADOR**, hemos celebrado el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LABOR DETERMINADA,** regido por las normas contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo LEY 50 DE 1990, reglamento interno del trabajo y por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**: **OBJETO –** El Empleador contrato los servicios personales del **TRABAJADOR** y éste se obliga a: a) A poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio de Técnico operario en aplicación de sistemas de impermeabilización en frio utilizando herramienta manual como brocha, rodillo, escoba, espátula, llana etc, en caliente con máquinas eléctricas, reactor, pistola de calor de termo soldar etc, herramienta eléctrica de pulir, cortar y taladrar y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con el anexo 1 funciones y 2 horario de trabajo y con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes; b) A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; c) Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo, especialmente aquella información cuya divulgación pudiera afectar o causar perjuicios a **EL EMPLEADOR**; d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por la empresa, o por quienes la representen, respecto del desarrollo de sus actividades; e) Cuidar permanentemente los intereses de la empresa; f) Dedicar la totalidad de la jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones; g) Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones a que hubiere sido citado; h) Observar completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo, en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor; i) Cumplir permanentemente con el espíritu de lealtad, colaboración y

disciplina con la empresa; j) Avisar oportunamente y por escrito a la empresa todo cambio en su dirección, teléfono, ciudad de residencia o estado civil y en General todas las consagradas en el Código Sustantivo del Trabajo y las demás normas que lo regulen, reformen o adicionen) A no ingresar a los lugares que se le asigne para desarrollar su trabajo bajo los efectos de alucinógenas, bebidas embriagantes, etc ni a consumirlos durante su tiempo laboral ni en las obras, a no fumar dentro de las instalaciones de obra donde sea asignado. L) A cumplir con todas las normas del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, y mantener en todo momento el autocuidado personal tanto dentro de las obras como en los desplazamientos a sus lugares de trabajo. **SEGUNDA.** 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 oficio y/o labor que se suscribe y todas las comunicaciones generales o particulares, reglamentos, manuales de funciones, circulares normativas, recomendaciones, recordatorios de funciones y observaciones que el **EMPLEADOR** realice al **TRABAJADOR**. **PARAGRAFO PRIMERO**: Establecen las partes que el presente contrato podrá ser modificado mediante notas escritas al pie del presente documento y suscrita por ambos contratantes, y que dichos otrosí harán parte integrante de este acuerdo. **PARAGRAFO SEGUNDO: HORARIO,** Se asigna horario laboral a las obras donde sea asignado de la siguiente manera: lunes a viernes de 7 de la mañana a 04:00 de la tarde, sábado de 07:30 de la mañana a 11:30 del mediodía. La hora de almuerzo está programada en horario de 12 del medio día a la 1 de la tarde y/o de 1:00 a 2:00 de la tarde, para un total de 44 horas semanales en cumplimiento a la ley 2101 de 2021 articulo 3. **TERCERA:** En relación con la actividad propia del trabajador en su condición de Técnico operario para la aplicación de sistemas de impermeabilización éste la ejecutará dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo trabajador así: a) Dar uso racional a los implementos entregados para el cumplimiento de sus funciones, debiendo restituirlos en buen estado, salvo el deterioro natural; b) Acatar todas las órdenes e instrucciones que le imparta el Empleador y las autoridades sanitarias y ambientales relacionadas con el manejo de los insumos y productos e) Someterse a los exámenes médicos exigidos por las autoridades sanitarias para el control respectivo; f) Acatar las recomendaciones y tratamientos establecidos por los médicos de las respectivas eps donde el trabajar este afiliado o los tratantes por cualquier tipo de enfermedad general, las recomendaciones entregadas por los médicos que practicaron los exámenes que autoriza el trabajo en alturas y los espacios confinados tendientes a evitarla contaminación de los productos comercializados por el Empleador; como por los lugares donde deba desarrollar las labores asignadas en el presente contrato g) Presentarse siempre en su lugar de trabajo En el turno asignado, exceptuando una calamidad doméstica, enfermedad o justa causa Para no presentarse. En caso de enfermedad o similares, sólo se aceptará la incapacidad médica expedida por la E.P.S. a la cual se encuentre afiliado; h) Marcar la tarjeta de control de entrada y salida de una forma clara y organizada; o en su defecto los controles que establezca cada obra o constructora donde se le asigne su trabajo i) Mantener siempre una presentación impecable, portando los elementos de dotación y los epps suministrados por el Empleador; j) Conservar el sitio de trabajo en excelentes condiciones de aseo y presentación; k) Acatar los cambios de turnos establecidos por el Empleador, los cuales se le comunicarán a los Trabajadores con tres (3) días de antelación; l) Solicitar los permisos mínimo con tres (3) días de antelación y por escrito, manifestando la causa que lo motiva; m) Respetar, guardar rigurosamente la moral y mantener los buenos modales con los compañeros de trabajo, superiores y clientes; n) Realizar personalmente la labor en los términos estipulados; observar los preceptos del reglamento interno de trabajo, higiene, tanto del Empleador como de las obras donde sea asignado para desarrollar las labores de impermeabilización y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular le impartan el empleador o sus representantes incluyendo los inspectores de seguridad y salud en el trabajo del Empleador y de las obras donde sea asignado y según el orden jerárquico de la empresa; o) Comunicar de manera oportuna al Empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios, debiendo guardar lealtad y sentido de pertenencia

con la empresa; p) Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o las cosas de la empresa o establecimiento, salvo fuerza mayor o caso fortuito; q) Observar las medidas preventivas de seguridad industrial, higiénicas y de seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de minimizar el riesgo que acarree la actividad; r) Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o enfermedades profesionales, en especial las indicaciones de la ARL o LAS Entidades encargadas del control de la salud y la seguridad en el trabajo. **PARAGRAFO PRIMERO: TRASLADO.** En todo caso, EL EMPLEADOR queda facultado para trasladar a EL EMPLEADO a oficios diferentes o asignarles otras funciones, siempre que el cambio no implique desmejora de las condiciones laborales de EL EMPLEADO. Tambien podrá el empleador disponer el traslado del EMPLEADO a otras dependencias, a empresas filiales o subsidiarias como a las diferentes constructoras y obras donde el Empleador tenga contratos de impermeabilización u otras labores que se le asigne, lo mismo que a ciudades o lugares diferentes al lugar donde el Empleador tiene las oficinas, cual las necesidades administrativas, de funcionamiento o de producción así lo hagan aconsejable y teniendo en cuenta que desde este momento **EL EMPLEADO** es consciente de que el EMPLEADOR tiene contratos en otras ciudades. **CUARTA**: Por esta incorporación de trabajo, mediante el cumplimiento de las obligaciones a cargo del Trabajador, El Empleador pagará a el trabajador como remuneración mensual por la prestación de sus servicios como técnico operario la suma de **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL NOVECIENTOS NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.800.905,oo)** más auxilio de transporte legal vigente **($249.095.oo)** pagadera en las oportunidades señaladas en la parte inicial del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Las bonificaciones, incentivos, primas extralegales, auxilios, pólizas de seguro, auxilio de transporte intermunicipal, premios, la vivienda, auxilios para la Vivienda, gastos por transporte, auxilio o gastos de rodamiento, gastos de representación, la alimentación, primas extralegales o auxilio de productividad, y demás conceptos diferentes al salario estipulado, que en forma habitual u ocasional y que por mera **LIBERALIDAD** de la Empresa se reconozca al trabajador, **NO CONSTITUYEN SALARIO**, ni en dinero ni en especie, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la ley 50 de 1990, por lo tanto no serán tenidos en cuenta para liquidar prestaciones sociales, indemnizaciones, aportes parafiscales, o aportes a la Seguridad Social, así lo acuerdan las partes en una forma libre y espontánea **PARAGRAFO SEGUNDO:** El trabajador recibirá el salario, liquidado en proporción a las horas realmente trabajadas, en caso de que labore medio tiempo o en jornadas inferiores a la máxima legal, de la misma forma se liquidará y pagará el día dominical o el de descanso compensatorio. **QUINTA**: El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. - Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria teniendo en cuenta que los tiempos de descanso sobre las sesiones de la jornada, no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 del Código Sustantivo del Trabajo. - **PARAGRAFO PRIMERO**: De acuerdo con la ley 2101 del 15 de julio de 2021 modificó el artículo 161 del código sustantivo del trabajo, **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** podrán acordar que la jornada máxima semanal de 47 horas, se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo de seis (06) días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. En este caso el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo 4 horas continuas y hasta 10 horas, sin lugar a ningún recargo por trabajo supletorio, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de 47 horas semanales dentro de la jornada ordinaria. **PARAGRAFO SEGUNDO: TRABAJO EXTRAORDINARIO:** Todo trabajo en horas extras o suplementario y en día domingo o festivo, en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que según la Ley deba ejecutarse así, debe autorizarlo EL EMPLEADOR o quien haga sus veces. En consecuencia, no se reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido incluido en el reporte semanal de tiempo trabajado autorizado por las personas con facultad para ello en el respectivo establecimiento. **SEXTA**: El periodo de prueba del presente contrato será de SESENTA DIAS

(60) días , como lo dispone el Artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo, Subrogado por el artículo 7º de la ley 50 de 1990.- Cuando se trate de prórrogas, se entenderá que no hay nuevo periodo de prueba, de acuerdo con lo dispuesto por el citado artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo.- Dentro de este periodo tanto la Empresa como el trabajador podrán terminar el contrato en cualquier tiempo, en forma unilateral, sin que se cause el pago de indemnización alguna de conformidad con el artículo 80 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 3º del Decreto 617/54.- Se toma como fecha inicial del presente contrato la estipulada en la parte superior del mismo.- **SEPTIMA**: Son justa causa para poner término a éste contrato individual de trabajo por labor determinada, **UNILATERALMENTE**, las enumeradas en el artículo 62 del Código sustantivo del Trabajo, Subrogado por el Artículo 7º del Decreto 2351/65, y además por parte del empleador, las siguientes faltas que para tal efecto se califican como graves: a) La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficiente a juicio del empleador, por dos (02) veces dentro de un mismo mes calendario; c) La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros; d) La revelación de secretos y datos reservados de la Empresa; e) Las desavenencias frecuentes con sus compañeros de trabajo, clientes o superiores; f) El hecho de que el trabajador llegue embriagado o bajo efectos de sustancias alucinógenas al trabajo o ingiera bebidas embriagantes o alucinógenas en el sitio de trabajo, aun por la primera vez; g) El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores; o antes del horario establecido h) La no asistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo, o más sin excusa suficientes a juicio del empleador; i) Enmendar, borrar o alterar la tarjeta de control de horarios; y/o el control que lleve cada constructora en el lugar donde le fuera asignado sus labores j) Consumir o sacar del sitio de trabajo cualquier implemento, mercancías u objeto de propiedad de la Empresa, sin el debido consentimiento por escrito del superior inmediato; k) destrucción de materiales o materias primas entregados para el cumplimiento de las labores propias de su cargo y/o la mala aplicación de los mismos, pues fue capacitado para el uso y aplicación de los distintos materiales de impermeabilización; l) Permitir bien sea por descuido, negligencia, falta de cuidado o de previsión, que sustraigan mercancías, producto terminado y materiales de trabajo de las instalaciones de la Empresa y/o de las obras donde fuere asignado para trabajar; m) Retardar la realización o terminación de los trabajos relacionados con la labor que se le encomiende, sin justa causa para la empresa n) No cumplir con las funciones de su labor señaladas en este acuerdo; o)La utilización indebida de las líneas fijas o móviles que se le entreguen para el servicio de la Empresa.- **OCTAVA**: **DURACIÓN DEL CONTRATO:**De conformidad con lo previsto por el artículo 45 del Código Sustantivo del Trabajo, la duración del presente contrato estará determinada por la realización de la obra o labor contratada y en consecuencia las partes acuerdan expresamente que el mismo se terminará por terminación de la obra o labor contratada, al tenor de lo previsto por el literal d) del artículo 61 del Código antes citado; sin que **EL EMPLEADOR** tenga que reconocer indemnización alguna..- **NOVENA**: El trabajador autoriza expresamente a la Empresa para que deduzca de sus prestaciones sociales, salarios, bonificaciones, comisiones o cualquier saldo que a su favor pudiere existir en el momento de sus retiro, las sumas de dinero adeudadas por concepto de préstamos otorgados o deudas por mercancías y materiales de trabajo retirados o de elementos de trabajo extraviados, puestos bajo su responsabilidad y cuidado.- **DECIMA**: **MANIFESTACIONES: EL TRABAJADOR** declara y acepta que: a) Conoce las responsabilidades que asume y que posee la aptitud necesaria para desempeñarlas. b) Ha recibido, conoce, acepta y se compromete a cumplir con las normas e instrucciones establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, Programa de Salud Ocupacional, cuyas normas se entienden incorporadas en el presente contrato, en cuanto sean pertinentes. De igual forma, **EL TRABAJADOR** acepta que cualquier tipo de incumplimiento, inobservancia o permisividad respecto al contenido de estos documentos constituye falta grave que se puede considerar como justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo por parte de **EL EMPLEADOR** y, que también harán parte integrante de este contrato, las circulares,

instrucciones, órdenes internas que emitan las Directivas de la **EMPRESA** en forma verbal, escrita o electrónica, los que declaro como recibidos a la firma del presente contrato. **DECIMA PRIMERA**: **CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS**: En el contexto de la prestación de servicios encargado por **EL EMPLEADOR** y única y exclusivamente con la finalidad mencionada en el presente contrato, **EL EMPLEADOR** proporciona al trabajador, los datos de carácter personal necesarios para hacer posible la prestación de los servicios encomendados. Para ello y con el fin de dar cumplimiento a la Ley estatutaria 1581 de 2012 la cual fue reglamentada por el decreto 1377 de 2013, de protección de datos personales y posteriormente compilada en el decreto Único reglamentario 1074 de 2015, **EL TRABAJADOR** como prestador del servicio se convierte en encargado del tratamiento, comprometiéndose al cumplimiento de las obligaciones quele son inherentes y reconoce expresamente que los datos a los cuales llegue a acceder o se le lleguen a confiar como consecuencia de la ejecución del presente contrato son de exclusiva propiedad de **EL EMPLEADOR**, por lo que no podrá aplicarlo o utilizarlos con fines distintos a los previstos en el presente contrato de trabajo, excluyendo del mismo el resto de las actividades que se encuentren registradas dentro de su objeto social. El trabajador únicamente podrá tener acceso a aquellos datos que el **EMPLEADOR** le proporcione en cumplimiento del presente contrato, y procederá a su tratamiento de acuerdo con las instrucciones proporcionadas y que se encuentran en la política de tratamiento de datos del **EMPLEADOR**; se obliga a no copiar, editar, transformar, extraer, revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear para sí, o para otra persona natural o jurídica, la información que le sea suministrada con ocasión del objeto de este contrato o aquella a la que haya tenido acceso por cualquier causa, que sea de propiedad del **EMPLEADOR** y/o cualquiera de sus clientes. Cualquier uso de los datos que no se ajuste a lo dispuesto en la presente cláusula, será responsabilidad exclusiva del trabajador frente a terceros y frente al **EMPLEADOR**, ante el que responderá por los daños y perjuicios que le hubiere podido causar, siendo considerado también responsable del tratamiento a estos efectos. El trabajador manifiesta cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos personales y en particular con las medidas de seguridad establecidas por la Superintendencia de Industria y comercio, en cumplimiento de la política de calidad definida previamente, da autorización expresa al **EMPLEADOR**, para que los datos de carácter personal que suministre a través este contrato, sus modificaciones, otro si o cualquier otro documento que llegase a convertirse en parte integral del mismo, sean objeto de tratamiento en los términos de la Ley 1581 de 2012 por parte del **EMPLEADOR**, quien se compromete a implementar todas las medidas necesaria para garantizar un tratamiento idóneo de los datos personales y a cumplir con las disposiciones que se tienen en esta materia. Sus datos personales serán incorporados en nuestras bases de datos con las finalidades que se determinan a continuación: envío de correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes multimedia, fax y otros servicios determinados en el objeto social del **EMPLEADOR**. **DECIMA SEGUNDA. - AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DEL TRABAJADOR:** Como titular de la información, autorizo a la empresa Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco sas NIT 900.057.983-4, de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales, almacenarlos y distribuirlos a terceros con ocasión a la relación laboral. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la ley 1581 de 2012: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) 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. c) Ser informado por el responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) 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; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. **Nota**: La información de los beneficiarios, (padres, cónyuge o compañero(a), hijos y menores de edad) se entrega con el fin de acceder a los beneficios de las entidades de seguridad social, subsidio familiar, programas de bienestar de la compañía. El responsable del tratamiento de los datos son los empleados de **Impermeabilizaciones de Colombia Imperdeco SAS NIT. 900157983-4** ubicadas en el área administrativa y el personal que maneja el área administrativa de las distintas Constructoras y/o obras con los cuales **EL EMPLEADOR** tiene contratos, las distintas entidades Gubernamentales que ejercen función de control, seguimiento o afiliaciones etc. Así mismo autorizo al responsable del tratamiento, para enviarme correos electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio, con el fin de suministrarme información con ello relacionada, o los beneficios de las entidades de seguridad social, subsidio familiar y programas de bienestar de la compañía. **PARAGRAFO PRIMERO: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**: Para efectos de este contrato se tendrá como Información confidencial cualquier información societaria, técnica, incluidos archivos, bases de datos o información electrónica de propiedad de **LA EMPRESA**, financiera, comercial, estratégica, cualquier información relacionada con las operaciones de negocios presentes y/o futuras del **EMPLEADOR**, cualquier información relacionada con la estructura organizacional de la que tenga conocimiento o a la que tenga acceso por cualquier medio y por cualquier circunstancia en virtud del presente contrato, o que sea suministrada por cualquiera de los funcionarios del **EMPLEADOR**. En virtud de lo anterior **EL TRABAJADOR** se obliga a: a) Cumplir las políticas y procedimientos de Seguridad, establecidos por el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de el **EMPLEADOR**; b) Notificar al jefe Inmediato las violaciones, faltas, incidentes que atenten contra la seguridad de la información y/o del SGSST del **EMPLEADOR**. c) Participar en todas las actividades, eventos, capacitaciones, implementaciones de controles, relacionados con la Seguridad de la Información y del SGSST de **EMPLEADOR.** d) Abstenerse de ingresar al puesto de trabajo elementos como Memorias USB, dispositivos de almacenamiento de información, grabadora de voz u otros dispositivos de grabación e) Abstenerse de realizar cambios en las configuraciones de los equipos informáticos y de telecomunicaciones y componentes lógicos: f) Guardar absoluta confidencialidad y reserva en relación con la totalidad de la Información Confidencial, de tal forma que no sea conocida por terceros; g). No editar, copiar, compilar o reproducir por cualquier medio la Información Confidencial; h). No utilizar la Información Confidencial en forma alguna, directamente o a través de terceros, en asuntos, negocios y/o actividades de cualquier tipo, distintas a aquellas acordadas y/o previamente autorizados por **EL EMPLEADOR**, para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales; i) En el evento de terminación del presente contrato por cualquier causa, devolver a **AL EMPLEADOR** toda la Información Confidencial que tenga en su poder, ya sea en documentos escritos, disquetes o en cualquier otro medio e igualmente a retirarlos completamente de su computador personal; j) Asumir la responsabilidad por la totalidad de los daños, perjuicios, gastos y costas que genere el mal o inadecuado manejo de la Información Confidencial o la violación de las obligaciones de reserva y confidencialidad establecidas en el presente documento; k) Cualquier información que hubiere sido suministrada, previa a la firma del presente documento, se considerará como Información Confidencial y estará sujeta a los términos de este; l). **EL TRABAJADOR** acepta y declara que toda la Información Confidencial es de propiedad exclusiva del **EMPLEADOR** según sea el caso y que le ha sido o le será revelada únicamente con el propósito de permitir el cabal cumplimiento de sus funciones y responsabilidades y para el cumplimiento del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO. - EL TRABAJADOR** que, sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o información física, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, incurrirá en sanciones legales y penales. **PARÁGRAFO**

SEGUNDO.- EL TRABAJADOR se obliga en forma irrevocable ante **EL EMPLEADOR** a no revelar, divulgar o facilitar -bajo cualquier forma- a ninguna persona física o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de cualquier otra persona física o jurídica, pública o privada, toda la información relacionada con el ejercicio de sus funciones, como así también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones y/o el giro comercial del **EMPLEADOR**. **PARÁGRAFO TERCERO- EL TRABAJADOR** asume la obligación de confidencialidad acordada en el presente Artículo por todo el plazo de la relación laboral y por un plazo adicional de 5 años contados a partir de la extinción del contrato de trabajo. **PARÁGRAFO CUARTO-** Se deja constancia que la violación o el incumplimiento de la obligación de confidencialidad a cargo de **EL TRABAJADOR**, así como la falsedad de la información que pudiere brindar a terceros, tendrá sanciones legales y penales. **PARÁGRAFO QUINTO. -** Las partes declaran que son conocedoras de las normas legales que reglamentan la confidencialidad de la información, las cuales se obligan a cumplir, tales como las previstas en la Ley Penal, la Ley de Comercio electrónico (Ley 527 de 1999), (Ley 1581 de 2012, y su Decreto reglamentario 1377 de 2013), el Código Civil, el Código de Comercio y las demás normas que las complementan adicionan **PARÁGRAFO SEXTO-.** No se considera información confidencial, aquella que se encuentre en las siguientes circunstancias: a) actualmente sea de dominio público, b) se encuentre en poder del **TRABAJADOR** antes de vincularse con **EL EMPLEADOR**, c) Haya pasado al dominio público sin culpa del **TRABAJADOR**. Quedaré relevado del deber de confidencialidad únicamente si soy requerido para divulgar la información mediante una citación u orden válida emanada de autoridad competente o emitida por un organismo gubernamental, situación que daré a conocer a mi **EMPLEADOR** antes de cumplir con el requerimiento. **DECIMA TERCERA**. **EL TRABAJADOR** autoriza al **EMPLEADOR** a deducir, retener o compensar, de sus prestaciones sociales, vacaciones o pagos a su favor, lo pagado por avances o anticipos de salarios por los días no laborados. **PARAGRAFO PRIMERO:** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en concordancia con el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objetivo 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.- **DECIMA CUARTA**: El presente contrato remplazará en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. - Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. - Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor, en la Ciudad de Bogotá a los OCHO (8) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2.026).

EL EMPLEADOR
IMPERMEABILIZACIONES DE COLOMBIA IMPERDECO SAS

EL TRABAJADOR
HECTOR EMILIO VIVEROS VIVAS

7191278

ImperDeco Sas
Impermeabilizaciones de Colombia
especialistas en impermeabilización



Héctor Viveros Vivas

C.C 71.941.278

ARL: Sura

EPS: Sura

RH: O-

OPERARIO

Este documento es personal e intransferible. Debe portarse en un lugar visible durante su estadía en la empresa o en las obras. Deberá´ ser devuelto al momento de su desvinculación´ definitiva para obtener el paz y salvo correspondiente. En caso de pérdida deberá´ cancelar el valor correspondiente.

Llamar en caso de emergencia: Flor Alicia López 3206888534
Vigencia del carnet 31/12/2026

AREA SST

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Andres Felipe Fernandez

CARGO Ayudante de Obra

C.C. 1033757700

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		Luis Alfonso C.
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratoro 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	FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
1	08	01	26	1	1					1				1				1		1		1			Andres Felipe
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	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	16 enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	Ayudante SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Andres Felipe. Fernandez	Cédula:	1033[illegible]300
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Camargo
NOMBRE DEL CONTRATISTA :	Camargo	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 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 Andres Fernandez	NOMBRE: Andres Fernandez CARGO: Aprendiz
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	ANDRES FERNANDEZ	CARGO	SSOMA
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CONSOC

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	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
ANDRE FERNANDE	Nadia Jaramillo	16 enero 2026

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
5/5	SI X NO		

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: ANDRES FERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C : 1033735700

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

- ☑ 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:
ANDRE Fernandez	Thella Sanabria
FIRMA ANDRE Fernandez	FIRMA RESPONSABLE SST Thella Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 16 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 LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA, 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
C1033757700	FERNANDEZ BARRERO ANDRES FELIPE	16/01/2026		d1462291	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:C7931503726016325 65

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 09:02:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.65.134, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

16 ENE 2020

FORMULARIO No.

RECIBO SIN ACEPTACIÓN

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Registro de Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ]

- Cotizante o Cabeza de Familia [X]
- Beneficiario o afiliado adicional [ ]
- D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FERNANDEZ	BARRERO	ANDRES	FELIPE

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.033.757.700

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 30 07 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia [ ]

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN [ ]

14. Grupo de población especial [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

16. Administradora de Pensiones: PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905

18. Residencia — Dirección: CL 9 Nº 25A - 11 SUR; Teléfono: 3202098545; Correo electrónico: affb93@hotmail.com

Municipio/Distrito: BOGOTA D.C.; Zona: Urbana [X] Rural [ ]; Localidad/Comuna: SAN CRISTOBAL; Departamento: CUNDINAMARCA

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 completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad [ ]

21. Número de documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición
01				
02				
03				
04				
05				

	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)
01						
02						
03						
04						
05						

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		
0		
8		
9		

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 de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
LUIS ALFONSO CANARGO Q	CC	79315037	

39. Ubicación — Dirección: CR 19 C Nº 65-36 SUR; Teléfono: 3087469444; Correo electrónico: loca@hotmail.es; Municipio/Distrito: BOGOTA; Departamento: CUNDINAMARCA

capitalsalud EPS-S

Te entiendo. Te acompaño

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  - Código ☐
- ☐ 6. 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 la relación laboral o pérdida de 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 de documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 16 01 2026

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 internación 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 vigente 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 el 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
Andres Fernandez	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia 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 civil/ital.
- ☐ 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	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ BARRERO ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.033.757.700** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de junio de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No. 110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria Distrital de Salud

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 119641

FECHA : 15/01/2026 HORA:13:20		**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: ANDRES FELIPE FERNANDEZ BARRERO		DOCUMENTO: 1033757700	EDAD: 32 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO		Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Tel: 3202098545 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	SI
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	SI	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No 2058

EL DIVINO NIÑO JESUS UNIDAD MEDICA ESPECIALISTAS UMED LTDA I.P.S. Camilo Velasquez Velasco Medico Laboral R.M. 4687 Res. 7058 de 16/08/2019

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner



Mauricio Sabogal

Cra 3 # 6-30 Sur este
Buenos Aires
3115952899
Eps: Salud Total
AFP: Porvenir
CARGO: Oficial



CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SIG-F-018
		V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR José Juan Sibaja CARGO Oficial C.C. 2[illegible]40

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	15	01	26		1			1				1		1											José Sibaja
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8					1																				
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-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	16 febrero 2026		
Nombre del responsable:	Jose Juan Mauricio Sabogal	Cargo:	
Nombre de quien recibe la inducción:	Thalia Sanabria	Cédula:	79555740
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Camargo
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Camargo	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	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 Mauricio Sabogal	NOMBRE: Mauricio Sabogal CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Jose mauricio Saboga C	CARGO	Oficial
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAMCOL

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
Mauricio Saboga	Andrea Sanchez	16 Enero 2020

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

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jose Mauricio Camargo

IDENTIFICADO CON C.C : 79.558.340

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

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 Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Mauricio Camargo	Thalia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Mauricio Camargo	Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

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 LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA, 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
C79558740	SABOGAL RIVAS JOSE JUAN MAURICIO	15/01/2026		25222324	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:C793150372601526914

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 07:28:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.65.134, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016106013	1|5|0|1|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SABOGAL Primer apellido	RIVAS Segundo apellido	JOSE Primer nombre	JUAN MAURICIO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	79558740	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|4|0|8|1|9|6|9

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
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 18 M 66 D 47 SUR	5952	3115952899	SABOGALMAURICIO7@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 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)
LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA	CC	79315037	

59.Ubicación				
CR 19 C N 65 36 SUR Dirección	7188667 Teléfono fijo o celular	LSCA@HOTMAIL.ES Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4016106013

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE JUAN MAURICIO SABOGAL RIVAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.558.740**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010056590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Marlo Luisa Molina M. CPTF No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 119599

FECHA : 15/01/2026 HORA:10:20			**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**		
NOMBRES: JOSE JUAN MAURICIO SABOGAL RIVAS			DOCUMENTO: 79558740		EDAD: 56 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO			Cargo: OFICIAL		Tel: 3115952899 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C No 2058

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2 COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA I P S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com- www.umedips.co

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 15:34:01 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79558740,**
Apellidos y Nombres **SABOGAL RIVAS JOSE JUAN MAURICI**

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 **79.315.037**

CAMARGO QUINTANA

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1964**

FIRAVITOBA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-DIC-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00162760-M-007[illegible]15037-20090714 **0013**436609A 1 1330044631

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Alfonso Camargo | CARGO Encargado | C.C. 79315037

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	08/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	Oficial SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis alfonso camargo	Cédula:	79315037
DEPENDENCIA/PROYECTO	Camargo	CONTRATISTA:	Camargo
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Encargado

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 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 Camargo CARGO: Encargado
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Luis Camargo.	CARGO	Encargado.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Camargo

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	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

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Camargo

IDENTIFICADO CON C.C : 74315037

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 X	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI X	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI X	**Quimicos:** 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

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 Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
	Thalia Sandoval
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Luis Camargo	Thalia Sandoval

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010929418
9010929418

No. de Radicación: 27579207
Fecha de Radicación: 11 03 2024

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 [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	3
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CAMARGO	QUINTANA	LUIS	ALFONSO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79315037	Femenino [ ] Masculino [X]	D D M M A A A A: 13 02 1964

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 [F] [N] [M] Condición [T] [P]		20	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.300.000	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	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. 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)
LUIS ALFONSO CAMARGO	CC	79315037	

39. Ubicación				
Dirección: CL 145 13 A 63	Teléfono: 3138746944	Correo electrónico	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: 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 D: 11 M M: 03 A A A A: 2024

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 internación 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] 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. 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

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					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:
		CARGO: INDEPENDIENTE
71. Firma del funcionario		

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.

INTERNET

05/2016

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

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 ALFONSO CAMARGO QUINTANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.315.037**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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 15:31:31 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79315037,** Apellidos y Nombres **CAMARGO QUINTANA LUIS 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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79315037		CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 19 c # 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2017060588	9496297473	I	2025/12/10	2025/12/17	NEQUI	7	$570,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	79315037	CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS017	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,600,000	$111,400	0	$0	$0	No	$567,400
Total	**Afiliados(1)**																						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$111,400		$0	$0		$567,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79315037		CAMARGO QUINTANA LUIS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 19 c # 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2017060588	9496297473	I	2025/12/10	2025/12/17	NEQUI	7	$570,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,400	$500	$0	$111,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$111,400	$500	$0	$111,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$900	$0	$200,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$200,000	$900	$0	$200,900
TOTAL				**1**	**$567,400**	**$2,600**	**$0**	**$570,000**

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Yesith Camargo

CARGO Ayudante

C.C. 1050066560

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			Yesith Camargo
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	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Yesith Camargo	CARGO	Oficial
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	Villa Cristina	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNC

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 un Ambiente seguro en el Trabajo durante prevencion y control
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	preventivas e informativas.
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	utilizar los EPP participar en las capacitacion
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Material particulados, químicos, Machuc
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Subirse al andamio sin Arnés utilizar una escalera en mal estado
Escriba un ejemplo de condición insegura	No señalizar Nuestra zona de trabajo un cable pelado

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
Yesith Camargo V.		21 febrero 2020
NOTA: 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: 21/02/2026			
Nombre del responsable: Amanda Tello		Cargo: (SST)	
Nombre de quien recibe la inducción: Yesith Camargo		Cédula: 1.050 066 560	
DEPENDENCIA/PROYECTO obra		CONTRATISTA: Luis Camargo	
NOMBRE DEL CONTRATISTA Consorcio Nueva Esperanza		CARGO oficial	
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	✓	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 Yesith Camargo V.	NOMBRE: Yesith Camargo CARGO: oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: NOMBRE: Amanda Tello	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Yeith Camargo

IDENTIFICADO CON C.C : 1151 066 580

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Cas Comun - CAE

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

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 Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Yeith Camargo V	Amanda Sad
FIRMA Yeith Camargo V.	FIRMA RESPONSABLE SST

Scanned with CamScanner

Medellín, 16 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 LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA, 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
C1050066560	CAMARGO VANEGAS YESITH	16/01/2026		161186n4	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:C793150372601632584

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/01/2026 09:03:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.65.134, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016117471	1|6|0|1|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMARGO	VANEGAS	YESITH	

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1050066560	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	
COLOMBIA	COLOMBIA			2|0|0|4|1|9|9|2

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
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 49 SUR 26 75 EL CARMEN		3015491931	YUDEGLISLEON14@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	57	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 PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO	VSVILLAORI - VSVILLAORI
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)
LUIS ALFONSO CAMARGO QUINTANA	CC	79315037	

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 19 C N 65 36 SUR	7188667	LSCA@HOTMAIL.ES	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016117471

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESITH CAMARGO VANEGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.050.066.560**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 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.

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Código de prestador de servicios de la salud No. 110010856590
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958 -T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría Distrital de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 118458

FECHA : 26/11/2025 HORA:7:45	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**
NOMBRES: OSCAR YEZID CAMARGO TAQUINAS	DOCUMENTO: 1031651798 EDAD: 18 GENERO: M
Empresa: LUIS CAMARGO	Cargo: AYUDANTE Tel: 3106798300 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatología	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	NA		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA	Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA	RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA	KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA	Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA	Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	**Apto Para Trabajos en espacios Confinados**	NA
Apto Para el cargo sin Restricciones	SI	**Aplazado**	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	NA	**No Apto Para Este Cargo**	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO. TRABAJADOR APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI
					NA

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19 Medico Especialista en Salud Ocupacional	**Firma Trabajador** C.C. No	2058

DIVINO NIÑO JESUS Unidad Medica de Especialistas UMED LTDA. IPS Dr. Camilo Velasquez Velasco Medico Laboral R.M. 4687 Res. 7058 de 16/08/2019

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL maneja todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24 Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de salud UMED LTDA I.P.S Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.058.495**

ROBAYO ROMERO

APELLIDOS

URIEL GIOVANNI

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

07-NOV-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1508800-01077750-M-0080058495-20190627 **0065**16829A 1 1425461698

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Uriel Giovanni Robayo | CARGO Coordinador de cuadrilla | C.C. 8005[illegible]495

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		MAFFI
	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	FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
1	08	01	26	1	1			1							1					1		1	1		Hola [illegible]
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

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

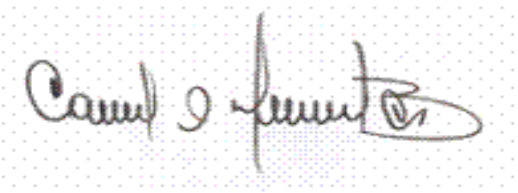
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/03/2026 11:57:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio 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	80058495
NOMBRES	URIEL GIOVANNI
APELLIDOS	ROBAYO ROMERO
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	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/09/2026 12:02:38	**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:

URIEL GIOVANNI ROBAYO ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.058.495**, 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 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	: 80058495
Nombre	: *URIEL GIOVANNI ROBAYO MORENO*
Empresa/Contratante	: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900898254
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/02/25
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/02/25
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

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:**	2025-02-06 07:08
No. Ingreso:	506549	**Fecha y hora de salida:**	2025-02-06 08:53
Nombre:	URIEL GIOVANNI ROBAYO ROMERO	**Empresa Convenio:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Cargo:	COORDINADOR DE CUADRILLA	**Empresa Contratante:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
CC:	80058495	**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**
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
Vertigo Examen Medico Alturas	Realizado
Visiometria	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado

Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
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

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EXAMEN REALIZADO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Solicitar en su EPS valoración integral y control nutricional.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.

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.

Salud Ocupacional Los Andes

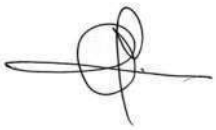
Certificado Médico Ocupacional

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: WILLIAM ANDRES LEON COTE
Identificación: CC 88255673
Reg. Médico: 17424
Licencia Ocupacional: 14224/2024



Paciente: URIEL GIOVANNI ROBAYO ROMERO
CC: 80058495

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

Bogotá, febrero 10 de 2025

Señor
URIEL GIOVANNI ROBAYO ROMERO
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.

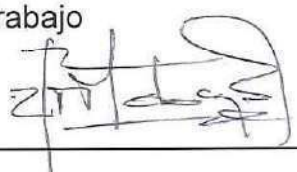
Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

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

Atentamente,

EDWAR PEÑA

Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA: URIEL ROBAYO 

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento con 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 07:51:30 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **80058495,** Apellidos y Nombres **ROBAYO ROMERO URIEL GIOVANNI**

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

FECHA DE INDUCCIÓN:	09/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Unel Rebayo	Cédula:	80058.495
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Maffi
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	

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	NOMBRE: Unel. Rebayo CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

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	Unel Tabuyo	CARGO	Oficial.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Oxffi

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.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Thalia Sanabria	07/10/26
NOTA: 5 APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 = 5

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: UPEL Cabudy

IDENTIFICADO CON C.C : 80058495

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

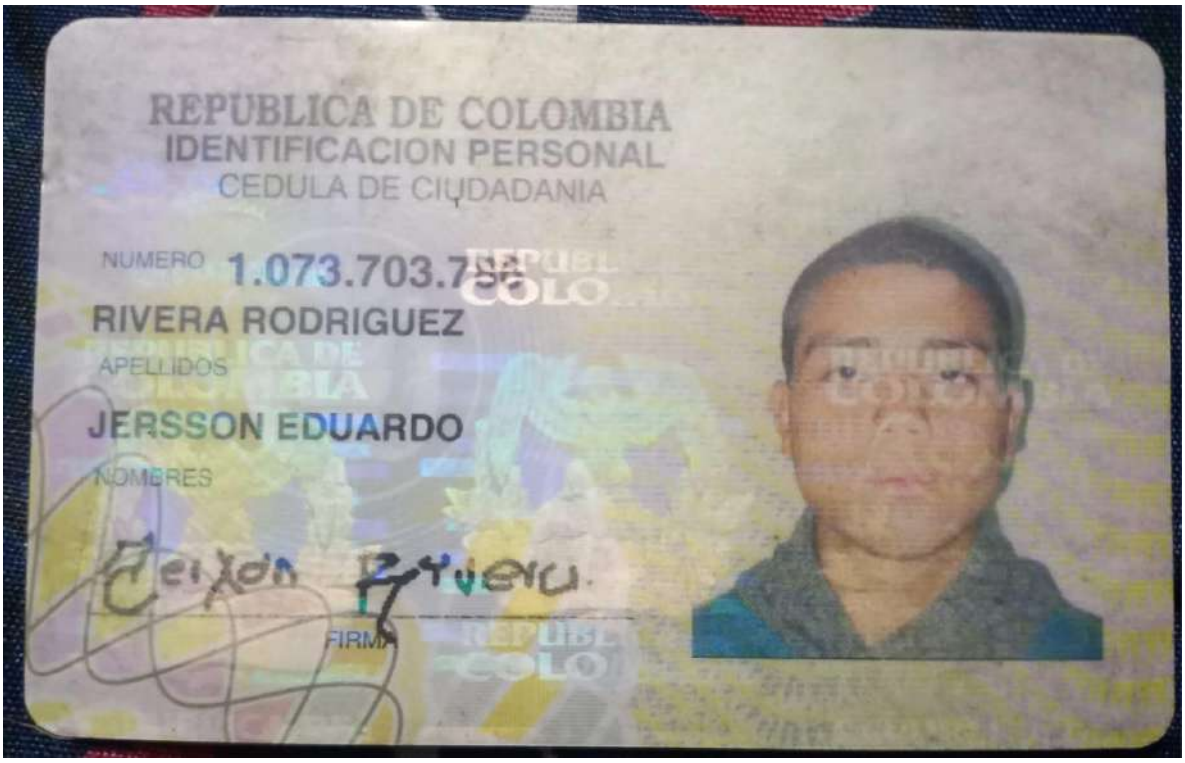
POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [✓] 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 16/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA 80058495	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanchez

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.703.786

RIVERA RODRIGUEZ
APELLIDOS

JERSSON EDUARDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

05-ABR-2013 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524700-00543797-M-1073703786-20140201 0037006395A 1 1702734352

Bogotá D.C., enero 18 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JERSSON EDUARDO RIVERA RODRIGUEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1073703786, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ALIANZA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENTRENADOR: JUDY BELTRAN CUBURUCO
SEDE DONDE SE FORMÓ: ALIANZA SST
EMPLEADOR: INDEPENDIENTE
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SERVICIOS
FECHAS DE FORMACIÓN: 21/09/2025 a 25/09/2025
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 18 de 2026

CER_AFI_2026010363646

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jersson Eduardo Rivera Rodriguez identificado con CC. 1073703786 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	M INGENIERÍA Y CONSULTORÍA S.A.S
Tipo y Numero de Documento	NI - 901731013

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/21	**Fecha inicio contrato**	2026/01/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/02/20
Riesgo	5	**Código actividad económica**	5411201 - Construccion de edificios no residenciales, incluye construccion de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/02/20	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20012026N1073703786A2164145.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JERSSON EDUARDO RIVERA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1073703786 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**15/02/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GRAN PLAZA SOACHA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 19 días del mes enero del 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.

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:

JERSSON EDUARDO RIVERA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.703.786**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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.

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
10 DÍA	06 MES	2025 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

M INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS NIT: 901731013-0

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	
RIVERA RODRIGUEZ JERSSON EDUARDO	Masculino	30 Años	CC (Tipo)	1073703786 (Número)

Cargo **OFICIAL**

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

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO 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

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Jeixon Rivera
Nombre: RIVERA RODRIGUEZ JERSSON EDUARDO
CC 1073703786

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 12:53:07 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073703786,** Apellidos y Nombres **RIVERA RODRIGUEZ JERSSON EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **M ing**, con NIT **901731013-0** 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


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
RINCON MATEUS
NUIP 1.002.998.707
Nombres
SANTIAGO JOSE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.69
Sexo
M
Fecha de nacimiento
30 NOV 1998
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
MONTERIA (CORDOBA)
Fecha y Lugar de expedición
23 DIC 2016, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
20 JUN 2034


JDO
048741772
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL048741772415001<<<<<<<<<<<
9811304M3406201COL1002998707<6
RINCON<MATEUS<<SANTIAGO<JOSE<<

Bogotá D.C., enero 18 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1002998707, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGOS S.A.S.
ENTRENADOR: JORGE IVAN SANCHEZ QUINTERO
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO S.A.S.
EMPLEADOR: M INGENIER?A Y CONSULTOR?A SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: POSITIVA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/04/2025 a 09/04/2025
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 18 de 2026

CONSEJO NACIONAL DE TÉCNICOS ELECTRICISTAS

CV-5-2026-45648
1/19/2026

CERTIFICADO DE VIGENCIA

EL CONSEJO NACIONAL DE TÉCNICOS ELECTRICISTAS

HACE CONSTAR

Que verificada la información existente en las bases de datos del CONSEJO NACIONAL DE TÉCNICOS ELECTRICISTAS, a la fecha, el señor(a), SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 1002998707, portador(a) de la Matrícula Profesional de Técnico Electricistas MTE. 110919, se encuentra en estado Vigente

Así mismo, para verificar las clases otorgadas en la Matrícula Profesional de Técnico Electricista número MTE. 110919, ingrese a la página web www.conte.org.co, en el botón consulte su matrícula.

Para constancia se expide en Bogotá, D.C., a los 19 días de enero del 2026

Cordialmente,

KATHERINE OCAMPO
Directora Ejecutiva - Representante Legal

CONTE

CONSEJO NACIONAL DE TÉCNICOS ELECTRICISTAS

Matrícula Profesional de Técnico Electricista

República de Colombia



SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS

C.C. 1002998707

MTE/Nº 1002998707 - 110919

Resolución 146447

Fecha 2022-05-09

Clases

TE-1 TE-4 TE-5 TE-6

Nit. 800155559-2

Esta Matrícula Profesional tipo tarjeta acredita a su titular para ejercer la profesión de Técnico Electricista en la clasificación de actividades otorgadas al mismo, de conformidad con la Ley 19 de 1990 y su Decreto Reglamentario 991 de 1991.

Para verificar las Actividades en las cuales puede ejercer el Técnico Electricista, consultar la respectiva resolución.

El presente documento es personal e intransferible.

Consejo Nacional de Técnicos Electricistas CONTE

contactenos@conte.org.co

(57) 6017451350

Av. Calle 40 A # 13 - 09 piso 9 Edificio UGI

Bogotá D.C., COLOMBIA

www.conte.org.co

CER_AFI_2026009799999

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Santiago Jose Rincon Mateus identificado con CC. 1002998707 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	M INGENIERÍA Y CONSULTORÍA S.A.S
Tipo y Numero de Documento	NI - 901731013

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/13	**Fecha inicio contrato**	
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	No registra
Riesgo	5	**Código actividad económica**	5711001 - Actividades de arquitectura e ingenieria y otras actividades conexas de consultoria tecnica, incluye actividades de
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19012026N1002998707A1691478.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá, Enero / 19 de 2026

Señor (a): SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS
CC. 1002998707
DG 48 L SUR 5X 42
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.998.707**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero 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.

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certicado de aptitud laboral

901731013-0 - M INGENIERIA Y CONSULTORIA SAS

Paciente	SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1002998707	Fecha	14 abril 2025
Edad	26 años		
Ocupación	TECNICO ELECTRICO		



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- OPTOMETRÍA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

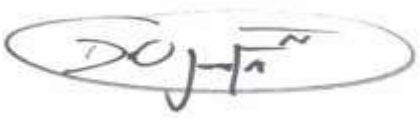
Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 14 abril 2025

Observaciones y/o recomendaciones

NINGUNA



OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

Image not found or type

SANTIAGO JOSE RINCON MATEUS

CC: 1002998707
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

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 11:07:05 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002998707,**
Apellidos y Nombres **RINCON MATEUS SANTIAGO JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **M ingenieria y consultoria sas**, con NIT **901731013-0** 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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.033.704.269
RUBIO
APELLIDOS
JONATAN EDUARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00740338-M-1033704269-20150820
0045981716A 2
1463494846

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jonatan E Rubio | CARGO Ayudante | C.C. 1033704269

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		Escala Arquitectura 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			
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	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	06/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jonathan Rebolledo	Cédula:	1033704264
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	Escala
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Escala	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	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 [signature]	NOMBRE: Jonaten Rebolledo. CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN _

EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN

V-1

NOMBRE COMPLETO	Jonathan Eduardo	**CARGO**	Oficial
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	Escala

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
		06/01/2016

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

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jonatan Eduardo Rebio

IDENTIFICADO CON C.C : 1033644169

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

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 Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Jonathan Rebio	Thalia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 05 de january de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JONATAN EDUARDO RUBIO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033704269 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 06/01/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESCALA ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS N900376041

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000002 - OBRA

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA ,INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5711001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 05/01/2026 6.07 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016062038	0|7|0|1|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
RUBIO (Primer apellido)	Segundo apellido	JONATAN (Primer nombre)	EDUARDO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1033704269	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|7|1|2|1|9|8|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

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

26.Residencia				
Dirección: CL 44 SUR 1 29	Telefono fijo:	Telefono celular: 3209776533	Correo electronico: EDUARDORUBIO_88@HOTMAIL.COM	
Departamento: BOGOTA	Municipio/Distrito: BOGOTA	Localidad / comuna: SAN CRISTÓBAL	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País: Departamento: Municipio:	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	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			

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)
JONATAN EDUARDO RUBIO	CC	1033704269	01

59.Ubicación				
Dirección: CL 44 SUR 1 29	Teléfono fijo o celular: 3209776533	Correo electrónico: EDUARDORUBIO_88@HOTMAIL.COM	Departamento: BOGOTA	Municipio/distrito: BOGOTA

No de Radicacion
4016062038

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 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RUBIO JONATAN EDUARDO** identificado(a) con **CC** número **1.033.704.269** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 06 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

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 14:32:52 horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033704269,** Apellidos y Nombres **RUBIO JONATAN EDUARDO**

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 2811765

COL

VARGAS ORTIZ
APELLIDOS

ELVIS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

16794592
DNI Nro.

25-09-1982
FECHA DE NACIMIENTO

14-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1719278

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL2811765<<8<<<<<<<<<<<<<<<
8209256M3105308VENE1719278<<<3
VARGAS<ORTIZ<<ELVIS<<<<<<<<<<<

COOPERACIO NUEVA ESPERANZA	**REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.**	**SIG-F-018**
		V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Elvis Vargas **CARGO** Maestro Construcción **C.C.** DTS 2811765

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		
1	15	12	25	1	1		1	1				1			1			1		1			Botas		Elvis Vargas
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: ELVIS . VARGAS . ORTIZ

IDENTIFICADO CON C.C : 28 17785

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Maestro

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 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Elvis. V.	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanbra

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:	Elvis Vargas	Cédula:	ppt. 2811765.
DEPENDENCIA/PROYECTO	obra. Construcciones esp.	CONTRATISTA:	Sara Construcción
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara	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 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 Elvis Vargas	NOMBRE: Elvis Vargas CARGO: Operario
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	CNS. Vargas	CARGO	ayudante.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Soro

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.		✓

		15/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
CNS. VARGAS	Hellia. Sanabria	
NOTA 5 / APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5

Bogotá D.C., diciembre 18 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ELVIS PASTOR VARGAS ORTIZ, identificado(a) con PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL número 2811765, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CEAS INTEGRAL SAS
ENTRENADOR: EDWIN REINALDO GARZON CALDERON
SEDE DONDE SE FORMÓ: CEAS INTEGRAL SAS
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 14/10/2024 a 14/10/2024
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 18 de 2025

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

ELVIS VARGAS ORTIZ

Permiso Protección Temporal N° 2811765

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (14) del mes de octubre de 2024 al (14) del mes de octubre de 2024 con una intensidad de 8 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

EDWIN REYNALDO GARZON CALDERON
ENTRENADOR
PROF. GESTION DE LA SEGURIDA LABORAL
LIC. SST 14268 DE 15/11/2013

RAZÓN SOCIAL: SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0 REPRESENTANTE LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 7562

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (14) del mes de octubre de 2024

Medellín, 17 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
X2811765	VARGAS ORTIZ ELVIS	25/10/2025		58218226	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:C521899602535159596

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 17/12/2025 16:33:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.189.27.123, 198.143.41.54, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A
Certifica...

72 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

PT 2811765 ELVIS PASTOR VARGAS ORTIZ

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	0		
Fecha Afiliación	09/10/2023	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado.	01/12/2025	**Causal**	
Fecha Cancelación.	00/00/0000		

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 31 de Diciembre de 2025 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

LUZ AMPARO GUZMAN PARDO
SC KENNEDY

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELVIS VARGAS ORTIZ** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **2811765,** se encuentra afiliado/a desde **28/10/2024** 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 05 de enero 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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ELVIS VARGAS ORTIZ identificado(a) con PT No. 2811765, 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: 24/10/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 24/10/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/12/2025

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
29 DÍA	12 MES	2025 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	
VARGAS ORTIZ ELVIS	Masculino	43 Años	PPT (Tipo)	2811765 (Número)

Cargo **MAESTRO**

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 MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA Y PACIENTE
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL." NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
" ANTES DEL RECORRIDO: CONSUME CARBOHIDRATOS DE LIBERACIÓN LENTA PARA TENER ENERGÍA SOSTENIDA.
" DURANTE EL RECORRIDO: LLEVA GELES, BARRAS ENERGÉTICAS O FRUTAS Y BEBE AGUA O SUERO PARA EVITAR LA DESHIDRATACIÓN.
" NO EXPERIMENTES: PRUEBA NUEVOS ALIMENTOS O SUPLEMENTOS EN LOS ENTRENAMIENTOS, NO ANTES DE UN EVENTO IMPORTANTE.
" ENTRENAMIENTO Y ESTRATEGIA
" VARIEDAD: COMBINA ENTRENAMIENTOS LARGOS CON SESIONES CORTAS DE ALTA INTENSIDAD PARA MEJORAR LA RESISTENCIA Y LA VELOCIDAD.
" PLANIFICACIÓN: CONOCE TU RUTA, PLANIFICA PARA EVITAR EL TRÁFICO Y BUSCA CARRILES BICI.
" CONSERVACIÓN DE ENERGÍA: APRENDE A GESTIONAR TUS RESERVAS DE ENERGÍA PARA UTILIZAR EL ESFUERZO EN EL MOMENTO ADECUADO.
" CONSEJOS ADICIONALES
" CONOCE EL TERRENO: PRESTA ATENCIÓN AL ESTADO DEL CAMINO Y A OTROS FACTORES COMO LA APERTURA DE PUERTAS, BACHES Y LA CIRCULACIÓN DE OTROS VEHÍCULOS.
" DESCANSA: LLEGA DESCANSADO A TUS ENTRENAMIENTOS Y EVENTOS PARA UN MEJOR RENDIMIENTO.
"

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

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: VARGAS ORTIZ ELVIS

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022 PPT 2811765

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 **ELVIS VARGAS ORTIZ** , identificado Con permiso protección temporal, **2811765** que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de ingreso**, realizado el día **29** del mes de **Diciembre** del año **2025**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, Para el cargo **MAESTRO CONSTRUCCIÓN** se emitieron las siguientes **recomendaciones médicas ocupacionales**, las cuales deberán ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de sus labores:

Recomendaciones generales:

- Evitar fumar I
- 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

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:

Elvis Vargas.

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 10:23:55 horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **2811765.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **901002156-1** 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

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: ELVIS VARGAS identificado con **PERMISO ESPECIAL PERMANENCIA No**. 28.117.765, 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: MAESTRO CONSTRUCCIÓN

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, si aplica.

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 DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

HENRY ALARCON

GERENTE

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Elvis Vargas Ortiz

CEDULA 28.117.765

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

Sara Construcciones SAS



ELVIS VARGAS ORTIZ

Maestro Construcción

PTT: 2811765

RH: O+

Sara Construcciones SAS

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901343924	0	SARA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214908	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012803293	9496506629	E	2025/12/05	2025/12/16	BANCOLOMBIA	11	$1,776,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
1	CC	79499428	ALARCON HENRY																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1073722332	ALARCON JULIAN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	93381948	CELEMIN CARLOS		X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
4	PT	5228527	MONTIEL JESUS																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
5	CC	1026300135	MORENO MICHAEL																			230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	PT	2811765	VARGAS ELVIS																				0	$0	$0	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
Total			**Afiliados(6)**																					$4,317,950	$691,000			$7,164,950	$286,900			$7,164,950	$286,900			$7,164,950		$498,900		$0	$0		$1,763,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$691,000	$4,900	$0	$695,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,600	$100	$0	$7,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$3,200	$0	$458,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$286,900	$2,100	$0	$289,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$400	$0	$57,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$115,900	$900	$0	$116,800
TOTAL				**6**	**$1,763,700**	**$12,500**	**$0**	**$1,776,200**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.014.261.494

RUBIO PRECIADO

APELLIDOS

GERMAN EDUARDO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ENE-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00849202-M-1014261494-20160915 0051181284A 1 1364019010

Powered by CamScanner

	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SIG-F-018
CONJUNTO NUEVA ESPERANZA		V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR German Eduardo Rubio **CARGO** Ayudante Oficial Construcción **C.C.** 1014261444

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 respira ario desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslinges	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Chaleco	Botas de seguridad		
1	18	12	25	1	1		1								1					1		1			Sueldo Día
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

1

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: German - RUBIO

IDENTIFICADO CON C.C : 1014261494

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) baterías(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.

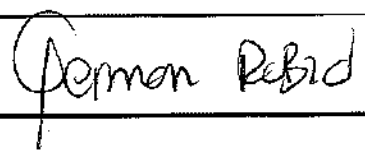
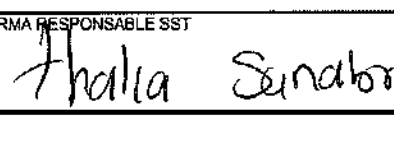
Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

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
- ☐ Politica 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 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

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

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:	15/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanbra	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	German Rubio	Cédula:	1014261194
DEPENDENCIA/PROYECTO	ENE	CONTRATISTA:	Obra
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Obra	CARGO	CARG.

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: German Rubio CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sandra NOMBRE: Thalia Sandra	OBSERVACIONES:

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN

NOMBRE COMPLETO Osiman Eduardo Rubio Prado CARGO Oficial de obra
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Jardín Social Servita NOMBRE DEL CONTRATISTA Sol a construcciones

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 riesgos laborales 0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Señales de advertencia Señales obligatoriedad 0.42
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir todas normas y procedimientos de la Empresa Participar en charlas 0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Caida de alturas cortaduras quemaduras 0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Golpes fracturas no utilizar los elementos de proteccion 0.42 Personal
Escriba un ejemplo de condición insegura	Utilizar herramientas 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		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	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Natalia Andrea	15/01/2026

NOTA 5.0	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SAFETY SOLUTIONS SAS

Identificada con NIT No. 901.482.951 - 5

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4272 de 2021, aprobación emitida por el Ministerio de Trabajo

No. 08SE2024220000000007068 del 29, NTC 6072 Certificado por BUREAU VERITAS acreditado por ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

GERMAN EDUARDO RUBIO PRECIADO

Identificado con Cédula de ciudadanía Nº 1014261494
EMPRESA: SARA CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901343924-0
R. LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA , con documento 52189960
ARL: SURA

Cursó y Aprobó la Formación en:

Reentrenamiento Sectorial 4272

Realizado en Bogota del (17) del mes de diciembre de 2025 al (17) del mes de diciembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

BETSSY PAOLA SANTOS BARRETO
CC 52376138
REPRESENTANTE LEGAL

WILMAR DANIEL VERGARA VIDES
ENTRENADOR EN TRABAJO EN ALTURAS
LIC. 25-0624 del 2020

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota a los (17) del mes de diciembre de 2025

Sara Construcciones SAS



GERMAN EDUARDO RUBIO

oficial construcción

CC:1014261494

RH: O+



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
C1014261494	RUBIO PRECIADO GERMAN EDUARDO	17/12/2025		17326200	DEPENDIENTE	POR INICIAR

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:C521899602535039927

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/12/2025 11:05:27 .
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2307

AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
PRIMER APELLIDO: RUBIO	SEGUNDO APELLIDO: PRECIADO	PRIMER NOMBRE: GERMAN	SEGUNDO NOMBRE: EDUARDO	
2. TIPO DOCUMENTO: CC	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1014261494	RÉGIMEN	4. SEXO: M	5. FECHA NACIMIENTO: 01. 01. 1995

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
BOGOTA	BOGOTA	COLSUBSIDIO		
TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA

III. 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.

9. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
SARA CONSTRUCCIONES	NIT	901343924		DEPENDIENTE

4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA	BOGOTA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
	3152552289			

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
16. 12. 2025	OPERARIO	1,423,500

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
	HENRY ALARCON

RADICADO PARA ESTUDIO POR LA E.P.S.
16 DIC 2025
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

REINGRESOS

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:

GERMAN EDUARDO RUBIO PRECIADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.261.494**, 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) GERMAN EDUARDO RUBIO PRECIADO identificado(a) con CC No. 1014261494, 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

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Verificar examen: 321 510 9956
Email: info@clinicosmos.com
agendamiento@clinicosmos.com

Información General

No. ingreso	**33093**	**Fecha Impresión**	**16/12/2025**
Fecha Ingreso	**16/12/2025**	**Nombre**	**GERMÁN EDUARDO RUBIO PRECIADO**
CC	**1014261494**	**Sede**	**COSMOS SUPPORT**
Cargo	**OFICIAL**	**Tipo de examen**	**EXAMEN INGRESO**
Fecha Nacimiento	**1/01/1995**	**Edad**	**30**
Dirección	**Calle 122 no. 98-23**	**Teléfono**	**3155705767**
Estado Civil	**Soltero**	**# Hijos**	**0**



Empresa a Laborar	**SARA CONSTRUCCIÓNES SAS**	**Fecha de salida**	**16/12/2025**
Nombre Acompañante			

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL		
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **N/A.**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

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.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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. Rodrigo Alejandro Mendez G. Especialista en seguridad y salud en el trabajo C.C. 1.032.395.042

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: GERMÁN EDUARDO RUBIO PRECIADO
CC:CC1014261494

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 **GERMAN EDUARDO RUBIO PRECIADO**, identificado Cedula de ciudadanía No. **1014261494**, que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de ingreso**, realizado el día **16** del mes de **Diciembre** del año **2025**, por la **IPS COSMOS SUPPORT SAS.**, para el cargo **OFICIAL CONSTRUCCIÓN** 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

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

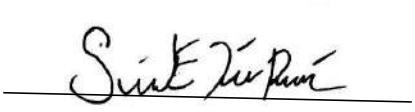
Desde el área de **Seguridad y Salud en el Trabajo**, se realizará **seguimiento periódico** al cumplimiento de las recomendaciones aquí establecidas, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

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.

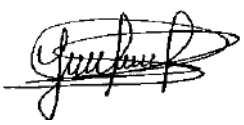
CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

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:



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 08:53:06 horas del 24/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1014261494,** Apellidos y Nombres **RUBIO PRECIADO GERMAN EDUARDO**

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: GERMAN EDUARDO RUBIO PRECIADO __ identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 1014261494 -, 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: OFICIAL DE CONSTRUCION

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 $2.000.000 COP (Dos millones de Pesos mcte).

SÉPTIMA. AUXILIO DE TRANSPORTE

Auxilio legal de transporte por valor de $200.000 COP mensuales,

Sara Construcciones S.A.S
Cel.: 312 392 1337

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 18 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE German Eduardo Rubio Preciado
CEDULA 1014261494

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

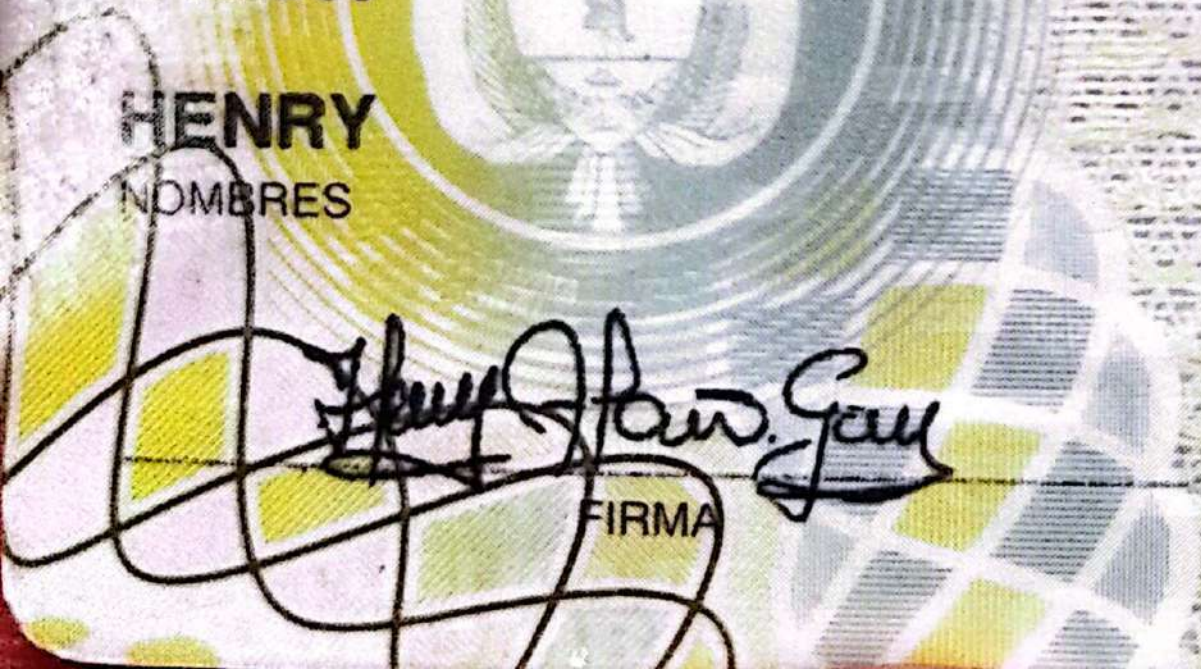
NUMERO 79.499.428

ALARCON GOMEZ

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1969**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAY-1988 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500116-45152164-M-0079499428-20070821 **00706** 07233A 02 214682086

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 08:40:23 horas del 24/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79499428,** Apellidos y Nombres **ALARCON GOMEZ HENRY**

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: HENRY ALARCON GOMEZ __ identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 79499428 -, 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: DIRECTOR DE PROYECTOS

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 $2.800.000 COP (Dos millones Ochocientos mil Pesos mcte).

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 18 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Henry Alarcon Gomez
CEDULA 79499428

Sara Construcciones SAS	**ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	FO-SST-29 Version: 02 Fecha: 15 Dic 2025

NOTA: El colaborador al recibir los elementos de protecciòn individual debe revisarlos y comprobar que se encuentren en perfecto estado, los cuales acepta al firmar en la columna "Firma del trabajador", asi mismo se compromete a mantenerlos en buenas condiciones fisicas y de aseo, darles su uso adecuado y emplearlos cada vez que se exponga al riesgo para el cual fueron entregados de acuerdo a las normas de seguridady salud de la empresa . Ademas debera responder por cada uno de los elementos entregados para su uso personal o desempeño de su labor, igualmente la no utilizaciòn de los EPP traera como consecuencia la aplicaciòn de sanciones.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Henry Alarcon Gomez	**CEDULA 79499428**
LUGAR DE TRABAJO: Parques Infantiles	**CIUDAD Bogota DC**

FECHA DE ENTREGA	CAMISA	BOTAS SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD	CASCO SEGURIDAD	PROTECTOR AUDITIVO	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	BARBUQUEJO	CARETA PROTECION FACIAL	GUANTES	OTRO	CUAL?	FIRMA TRABAJADOR
16/12/2025	1	1	1	1	X	X	1	X	1	X	OVEROL CHALECO	

NOTA :Como colaborador de **SARA CONSTRUCCIONES S.A.S**, he recibido capacitación sobre el uso adecuado, permanente y obligatorio de los Elementos de Proteccion Personal que me han entregado y me comprometo a cuidarlos y a darles el uso adecuado para la labor asignada.



FIRMA DEL TRABAJADOR _____

Sara Construcciones SAS



HENRY ALARCON GOMEZ

Director de Proyectos

CC:79499428

RH: O+



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

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

HENRY ALARCON GOMEZ

Cédula de ciudadanía N° 79499428

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (15) del mes de octubre de 2024 al (15) del mes de octubre de 2024 con una intensidad de 8 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

MARIA CAMILA ARJONA GUTIERREZ
ENTRENADOR
ADMINISTRADORA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. SST 14087 DE 09/11/2021

RAZÓN SOCIAL: SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0 REPRESENTANTE LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 7556

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (15) del mes de octubre de 2024

Bogotá D.C., diciembre 20 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que HENRY ALARCON GOMEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79499428, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CEAS INTEGRAL SAS
ENTRENADOR: MARIA CAMILA ARJONA GUTIERREZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CEAS INTEGRAL SAS
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 15/10/2024 a 15/10/2024
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 20 de 2025

Medellín, 17 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
C79499428	ALARCON GOMEZ HENRY	13/10/2023		144u1931	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:C521899602535159624

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 17/12/2025 16:33:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.189.27.123, 198.143.41.54, 172.16.42.57

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Henry Alarcon Gomez, identificado(a) con CC número 79499428, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79499428
NOMBRES Y APELLIDOS	Henry Alarcon Gomez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	08/11/1969
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	05/09/2005
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	259 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	4654 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	48 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901343924 SARA CONSTRUCCIONES SAS Desde 01/11/2023 - Vigente

Generado por interfaces 30/12/2025

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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

HENRY ALARCON GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.499.428**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HENRY ALARCON GOMEZ identificado(a) con CC No. 79499428, 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: 17/10/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 17/10/2023.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/12/2025

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Henry Alarcon

IDENTIFICADO CON C.C : 79 499 426

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Director de Proyecto

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.

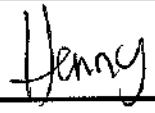
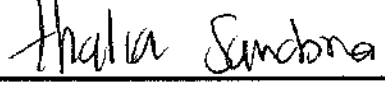
Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

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, políticas y reglamentos internos el día 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

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

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:	Henry Alarcon.	Cédula:	79499.428
DEPENDENCIA/PROYECTO	obra.	CONTRATISTA:	Sara Construcciones.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara Construcciones.	CARGO	Directa de Proyecto

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	NOMBRE: Henry Alarcon CARGO: Directa Proyectos
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	Henry alarcon	CARGO	electricista
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara C.

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. 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.		✓

		15/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Hellia. Sanabria	
NOTA: 5 / APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901343924	0	SARA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214908	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012803293	9496506629	E	2025/12/05	2025/12/16	BANCOLOMBIA	11	$1,776,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
1	CC	79499428	ALARCON HENRY																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1073722332	ALARCON JULIAN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	93381948	CELEMIN CARLOS		X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
4	PT	5228527	MONTIEL JESUS																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
5	CC	1026300135	MORENO MICHAEL																			230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	PT	2811765	VARGAS ELVIS																				0	$0	$0	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
Total			**Afiliados(6)**																					$4,317,950	$691,000			$7,164,950	$286,900			$7,164,950	$286,900			$7,164,950		$498,900		$0	$0		$1,763,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$691,000	$4,900	$0	$695,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,600	$100	$0	$7,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$3,200	$0	$458,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$286,900	$2,100	$0	$289,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$400	$0	$57,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$115,900	$900	$0	$116,800
TOTAL				**6**	**$1,763,700**	**$12,500**	**$0**	**$1,776,200**

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
24 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - 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	
ALARCON GOMEZ HENRY	Masculino	53 Años	CC (Tipo)	79499428 (Número)

Cargo **DIRECTOR DE PROYECTOS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR 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 MEDICAS	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

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO 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

Firma:

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

Nombre: TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALARCON GOMEZ HENRY

CC 79499428

CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Examen médico periódico – 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 **HENRY ALARCON GOMEZ** , identificado con cédula de ciudadanía No. **79499428**, que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional periodico**, realizado el día **24** del mes de **Octubre** del año **2025**, por la **LECMAC MEDIC S.A.S.**, se emitieron las siguientes **recomendaciones médicas ocupacionales**, las cuales deberán ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de sus labores:

Recomendaciones generales:

- Evitar fumar
- Mantener hábitos nutricionales saludables.
- Realizar ejercicio físico regular mínimo **tres (3) veces por semana**.

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:** Uso de protección auditiva de acuerdo con los niveles de exposición a ruido y cumplimiento de reposo auditivo en actividades extralaborales.

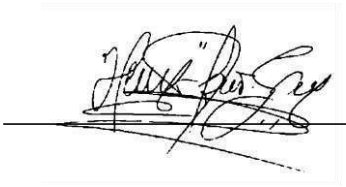
Desde el área de **Seguridad y Salud en el Trabajo**, se realizará **seguimiento periódico** al cumplimiento de las recomendaciones aquí establecidas, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

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:



Firma área SST



REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5228527

COL

MONTIEL
APELLIDOS

JESUS ANGEL
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

12868335
DNI Nro.

26-07-1973
FECHA DE NACIMIENTO

26-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

Powered by CamScanner

E2061586

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5228527<<5<<<<<<<<<<<<<<<
7307269M3105308VENE2061586<<<8
MONTIEL<<JESUS<ANGEL<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

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: _JESUS ANGEL MONTIEL__ identificado con **PERMISO PROTECCION TEMPORAL** 5228527, 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: OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN

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, si aplica.

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 DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

HENRY ALARCON

GERENTE

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Jesus Angel Montiel

CEDULA 5228527

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jesús Angel Montiel **CARGO** Oficial **C.C.** DTS 5228527

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	Chaleco	Botas de seguridad		
1	18	12	25	1	1		1					1			1				1		1			Jesús Angel
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.

Sara Construcciones SAS



JESUS ANGEL MONTIEL

oficial construcción

PTT: 5228527

RH: O+



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

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 10:47:50 horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **5228527.**

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

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JESUS ANGEL MONTIEL

Permiso Protección Temporal N° 5228527

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (14) del mes de octubre de 2024 al (14) del mes de octubre de 2024 con una intensidad de 8 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

EDWIN REYNALDO GARZON CALDERON
ENTRENADOR
PROF. GESTION DE LA SEGURIDA LABORAL
LIC. SST 14268 DE 15/11/2013

RAZÓN SOCIAL: SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0 REPRESENTANTE LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 7559

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (14) del mes de octubre de 2024

Bogotá D.C., diciembre 19 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JESUS ANGEL MONTIEL , identificado(a) con PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL número 5228527, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CEAS INTEGRAL SAS
ENTRENADOR: EDWIN REINALDO GARZON CALDERON
SEDE DONDE SE FORMÓ: CEAS INTEGRAL SAS
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 14/10/2024 a 14/10/2024
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 19 de 2025

Medellín, 17 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
X5228527	MONTIEL	JESUS ANGEL	25/10/2025		225³194B	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:C521899602535159662

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 17/12/2025 16:34:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.189.27.123, 198.143.41.54, 172.16.42.57

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JESUS ANGEL MONTIEL identificado(a) con PT. 5228527 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/11/26**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoria:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 30 dias del mes de 12 del año 2025.

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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JESUS ANGEL MONTIEL** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **5228527,** se encuentra afiliado/a desde **28/10/2024** 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 05 de enero 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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JESUS ANGEL MONTIEL identificado(a) con PT No. 5228527, 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: 24/10/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 24/10/2025.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/12/2025

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jesus angel montiel

IDENTIFICADO CON C.C : 92.285.27

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 ó 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, políticas y reglamentos internos el día 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Jesus Montiel	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:	15 enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Jesus angel mantel	Cédula:	5228522
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra.	CONTRATISTA:	Sara Construcciones.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara Construcciones.	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	NOMBRE: Jesus · angel · mantel 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 Jesus angel. Montiel	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 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 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.		✓

		15/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR Hadlia. Sanabria	FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 5

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901343924	0	SARA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214908	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012803293	9496506629	E	2025/12/05	2025/12/16	BANCOLOMBIA	11	$1,776,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
1	CC	79499428	ALARCON HENRY																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1073722332	ALARCON JULIAN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	93381948	CELEMIN CARLOS		X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
4	PT	5228527	MONTIEL JESUS																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
5	CC	1026300135	MORENO MICHAEL																			230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	PT	2811765	VARGAS ELVIS																				0	$0	$0	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
Total			**Afiliados(6)**																					$4,317,950	$691,000			$7,164,950	$286,900			$7,164,950	$286,900			$7,164,950		$498,900		$0	$0		$1,763,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$691,000	$4,900	$0	$695,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,600	$100	$0	$7,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$3,200	$0	$458,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$286,900	$2,100	$0	$289,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$400	$0	$57,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$115,900	$900	$0	$116,800
TOTAL				**6**	**$1,763,700**	**$12,500**	**$0**	**$1,776,200**

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
24 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - 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	
MONTIEL JESUS ANGEL	Masculino	52 Años	PPT (Tipo)	5228527 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR 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 MEDICAS	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

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO 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

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

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: MONTIEL JESUS ANGEL
PPT 5228527

CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Examen médico Periodico- 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 **JESUS ANGEL MONTIEL**, identificado con Permiso protección temporal No. **5228527**, que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de periódico** , realizado el día **24** del mes de **Octubre** del año **2025**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, para el cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN** 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

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.

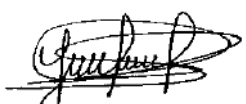
CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

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:



Firma área SST



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.073.722.332**

ALARCON RODRIGUEZ

APELLIDOS

JULIAN DAVID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-2017 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1524700-00979334-M-1073722332-20180215 **0059**528945A 1 49882082

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 08:32:45 horas del 24/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073722332,** Apellidos y Nombres **ALARCON RODRIGUEZ JULIAN DAVID**

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: JULIAN DAVID ALARCON identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 1.073.722.332 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: GERENTE DE PROYECTOS

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 $2.500.000 COP (Dos millones quinientos mil pesos).

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 DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY MIRYAM RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Julian David Alarcon
CEDULA 1073722332

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 Julian David Alarcon **CARGO** Gerente Progectos **C.C.** 1073722332

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	Moaqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Chaleco	Botas de seguridad		
1	16	12	25	1	1		1					1			1					1		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.

Sara Construcciones SAS



JULIAN DAVID ALARCON

Gerente de Proyectos

CC: 1073722332

RH: O+



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

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ

Cédula de ciudadanía N° 1073722332

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (15) del mes de octubre de 2024 al (15) del mes de octubre de 2024 con una intensidad de 8 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

MARIA CAMILA ARJONA GUTIERREZ
ENTRENADOR
ADMINISTRADORA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. SST 14087 DE 09/11/2021

RAZÓN SOCIAL: SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0 REPRESENTANTE LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 7555

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (15) del mes de octubre de 2024

Bogotá D.C., diciembre 19 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1073722332, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CEAS INTEGRAL SAS
ENTRENADOR: MARIA CAMILA ARJONA GUTIERREZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CEAS INTEGRAL SAS
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 15/10/2024 a 15/10/2024
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 19 de 2025

CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 6307

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:

JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1073722332

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL COORDINADOR

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (80) HORAS

Curso realizado en Bogotá del 02 enero 2025 al 09 enero 2025, se expide en Bogotá el 09 enero 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE IVAN SANCHEZ QUINTERO
RES No. 73199 14/08/2017

EMPRESA: SARA CONSTRUCCIONES SAS
REP. RODRIGUEZ HIGUERA NANCY MYRIAM
NIT: 901343924
ARL: SURA

Medellín, 17 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
C1073722332	ALARCON RODRIGUEZ JULIAN DAVID	13/10/2023		t193[1]188	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:C521899602535159687

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 17/12/2025 16:34:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.189.27.123, 198.143.41.54, 172.16.42.57

Bogotá D.C., diciembre 19 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1073722332, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS COORDINADOR 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGOS S.A.S.
ENTRENADOR: JORGE IVAN SANCHEZ QUINTERO
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO S.A.S.
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/01/2025 a 09/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 80 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 19 de 2025

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 Julian David Alarcon Rodriguez, identificado(a) con CC número 1073722332, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1073722332
NOMBRES Y APELLIDOS	Julian David Alarcon Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	18/10/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	06/02/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	145 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	48 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	30/11/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901343924 SARA CONSTRUCCIONES SAS Desde 01/11/2023 - Vigente

Generado por interfaces 30/12/2025

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:

JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.722.332**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ identificado(a) con CC No. 1073722332, 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: 17/10/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 01/10/2023.

En su grupo familiar figuran los siguientes registros, como beneficiarios de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
ZOE ALARCON RODRIGUEZ	1026603426	Hijo	SI	NO	17/10/2023	VIGEN
ISAAC ALARCON RODRIGUEZ	1032516275	Hijo	SI	NO	17/10/2023	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 17/12/2025

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901343924	0	SARA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214908	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2012803293	9496506629	E	2025/12/05	2025/12/16	BANCOLOMBIA	11	$1,776,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																								**$4,317,950**	**$691,000**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**	**$286,900**			**$7,164,950**		**$498,900**		**$0**	**$0**		**$1,763,700**
1	CC	79499428	ALARCON HENRY																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1073722332	ALARCON JULIAN																			230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	93381948	CELEMIN CARLOS		X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
4	PT	5228527	MONTIEL JESUS																				0	$0	$0	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
5	CC	1026300135	MORENO MICHAEL																			230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
6	PT	2811765	VARGAS ELVIS																				0	$0	$0	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
Total			**Afiliados(6)**																					$4,317,950	$691,000			$7,164,950	$286,900			$7,164,950	$286,900			$7,164,950		$498,900		$0	$0		$1,763,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	$691,000	$4,900	$0	$695,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,600	$100	$0	$7,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$3,200	$0	$458,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	6	$498,900	$3,500	$0	$502,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	6	$286,900	$2,000	$0	$288,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$286,900	$2,100	$0	$289,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$400	$0	$57,400
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$57,000	$400	$0	$57,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$115,900	$900	$0	$116,800
TOTAL				**6**	**$1,763,700**	**$12,500**	**$0**	**$1,776,200**

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Julian david alvarcon

IDENTIFICADO CON C.C : 1073722332

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Coronte de Proyectos

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 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Julian . A	FIRMA RESPONSABLE SST Yralka 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: 15 · enero 2026.	
Nombre del responsable: Thalia Sanabria.	Cargo: SST
Nombre de quien recibe la inducción: julian david alarcon	Cédula: 1073 722332
DEPENDENCIA/PROYECTO - obra	CONTRATISTA: Sara - construcciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA Sara Construcciones	CARGO Gerente Proyecto

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: Julian Sanabria. CARGO: Gerente . Proyecto
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 Julian davila alarcon.	CARGO G. proyecto
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA Saroe

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 segundad 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 obligataria. · 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	Superficie desordenada que pueden producir caidas 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.		✓

			15/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EVALUADOR Hadia. Sanabria	FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5,1	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 5,1

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
24 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL PERIODICO - 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	
ALARCON RODRIGUEZ JULIAN DAVID	Masculino	26 Años	CC (Tipo)	1073722332 (Número)

Cargo **GERENTE DE PROYECTOS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR 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 MEDICAS	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
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO 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

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

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: ALARCON RODRIGUEZ JULIAN DAVID
CC 1073722332

CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Examen médico Periodico- 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 **JULIAN DAVID ALARCON RODRIGUEZ**, identificado Cedula de ciudadanía No. **1073722332**, que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de periódico,** realizado el día **24** del mes de **Octubre** del año **2025**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, para el cargo **GERENTE PROYECTOS** 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

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.

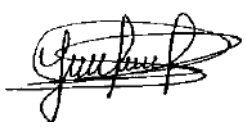
CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

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:



Firma área SST



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.300.135**

MORENO SANABRIA

APELLIDOS

MICHAEL STEVEN

NOMBRES



Michael Moreno

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

12-NOV-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01400080-M-1026300135-20231127 **01376**16156A 3 9925571339

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 08:23:53 horas del 24/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1026300135,** Apellidos y Nombres **MORENO SANABRIA MICHAEL STEVEN**

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: MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 1.026.300.135 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: TECNICO ELECTRICISTA

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 $2.200.00 COP (Dos millones docientos mil pesos mcte).

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 18 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY MIRYAM RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE MICHAEL STEVEN MORENO
CEDULA 1026300135

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 Michael Steven Moreno **CARGO** Electricista **C.C.** 1026300135

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		
1	18	12	25	1	1		1								1			1					chalecc		Michael Moreno
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

1

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.

Sara Construcciones SAS



MICHAEL STEVEN MORENO

Técnico Electricista

CC: 1026300135

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

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 4272 DE 2021 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS

CEAS INTEGRAL S.A.S

NIT 901409686-8 LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 24-0401- 2021

NUMERO APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO N° 08SE2021220100000045825 CERTIFICACIÓN NTC 6072/ 2014, CERTIFICADO CO21.01734 ENTE EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS
ACREDITADO ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA

Cédula de ciudadanía N° 1026300135

SE CAPACITÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Ricaurte, Cundinamarca del (19) del mes de octubre de 2025 al (22) del mes de octubre de 2025 con una intensidad de 32 horas.

GERENTE GENERAL
MARBY ANDREA COBOS ALVAREZ
C.C. 39.581.982
ADMINISTRADOR AMBIENTAL ESPECIALISTA
ESP. SEGURIDAD, HIGIENE Y GESTIÓN AMBIENTAL
LIC. SST 25-0342 DE 2021

EDWIN REYNALDO GARZON CALDERON
ENTRENADOR
PROF. GESTION DE LA SEGURIDA LABORAL
LIC. SST 14268 DE 15/11/2013

RAZÓN SOCIAL: SARA CONSTRUCCIONES SAS NIT: 901343924-0 REPRESENTANTE LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA ARL: SURA

Correo electrónico: ceasintegral@gmail.com- Teléfono: 3223839831, Carrera 16 N° 4 – 17 Barrio centro Ricaurte – Cundinamarca

CERTIFICADO N° 13780

En testimonio de lo anterior, se firma en Ricaurte, Cundinamarca a los (22) del mes de octubre de 2025

Bogotá D.C., diciembre 20 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026300135, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CEAS INTEGRAL SAS
ENTRENADOR: EDWIN REINALDO GARZON CALDERON
SEDE DONDE SE FORMÓ: CEAS INTEGRAL SAS
EMPLEADOR: SARA CONSTRUCCIONES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 19/10/2025 a 22/10/2025
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 diciembre 20 de 2025

Medellín, 30 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
C1026300135	MORENO SANABRIA MICHAEL STEVEN	25/10/2025		m247sE16	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:C521899602536432946

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 30/12/2025 09:09:06 .
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

Bogotá, Diciembre / 30 de 2025

Señor (a): MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA
CC. 1026300135
CL 73 A SUR 80 Q 10
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Diciembre / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO SANABRIA MICHAEL STEVEN** identificado(a) con **CC** número **1.026.300.135** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de febrero de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA identificado(a) con CC No. 1026300135, 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: 24/10/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 24/10/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 20/12/2025

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Michael Moreno

IDENTIFICADO CON C.C : 1006300135

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

- [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, políticas y reglamentos internos el día 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Michael Moreno	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:	15 Enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Michael Steven Moreno	Cédula:	1026300135
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra.	CONTRATISTA:	Saia Construcciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Saia Construcciones	CARGO	electricista

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 Michael Moreno	NOMBRE: Michael. Moreno CARGO: Electricista
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	Michael Steven Moreno	CARGO	electrico
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	Sara C.

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 labaal.
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.		✓

		15/01/2026
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
Michael Moreno	Hadia. Sanabria	
NOTA 5	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 5

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
23 DÍA	10 MES	2025 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	
MORENO SANABRIA MICHAEL STEVEN	Masculino	27 Años	CC (Tipo)	1026300135 (Número)

Cargo **ELECTRICISTA**

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 MEDICAS	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

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL"GICO 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

Firma: Tayde Avila Garcia MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL L.M.C.S.O 3274-2022

Nombre: TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Michael Moreno

Nombre: MORENO SANABRIA MICHAEL STEVEN

CC 1026300135

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 **MICHAEL STEVEN MORENO SANABRIA**, identificado Cedula de ciudadanía No. **1026300135**, que, de acuerdo con los resultados del **examen médico ocupacional de ingreso**, realizado el día **23** del mes de **Octubre** del año **2025**, por la **IPS LEMAC MEDIC SAS.**, Para el cargo de **ELECTRICISTA** 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

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

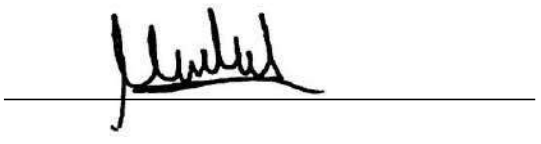
Desde el área de **Seguridad y Salud en el Trabajo**, se realizará **seguimiento periódico** al cumplimiento de las recomendaciones aquí establecidas, con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

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.

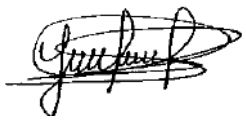
CONSTANCIA DE RECIBO Y ACEPTACIÓN

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:



Firma área SST





REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.012.403.027**

MATALLANA CRUZ

APELLIDOS

MILTON FABIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

23-SEP-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01136053-M-1012403027-20200302 **00704**10294A 1 9912055962

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 08:21:09 horas del 24/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1012403027,**

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: MILTON FABIAN MANTALLANA identificado con **CEDULA DE CIUDADANIA No**. 1.012.403.027 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 CONSTRUCCIÓN

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 18 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

EMPLEADOR

NANCY MIRYAM RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL

TRABAJADOR FIRMA

NOMBRE Milton Fabian Mantallana Cruz
CEDULA 1012403027

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Milton Fabian Matallana **CARGO** Ayudante Construcción **C.C.** 1012403027

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 eslinga	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Chaleco	Botas de seguridad		
1	18	12	25	1	1		1					1			1							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.

Sara Construcciones SAS



MILTON FABIAN MATALLANA

Ayudante Construcción

CC:1012403027

RH: O+



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

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SAFETY SOLUTIONS SAS

Identificada con NIT No. 901.482.951 - 5

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4272 de 2021, aprobación emitida por el Ministerio de Trabajo

No. 08SE2024220000000007068 del 29, NTC 6072 Certificado por BUREAU VERITAS acreditado por ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

MILTON FABIAN MATALLANA CRUZ

Identificado con Cédula de ciudadanía Nº 1012403027
EMPRESA: SARA CONSTRUCCIONES SAS
NIT: 901343924-0
R. LEGAL: NANCY MIRYAM RODRIGUEZ HIGUERA , con documento 52189960
ARL: SURA

Cursó y Aprobó la Formación en:

Reentrenamiento Sectorial 4272

Realizado en Bogota del (17) del mes de diciembre de 2025 al (17) del mes de diciembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

BETSSY PAOLA SANTOS BARRETO
CC 52376138
REPRESENTANTE LEGAL

WILMAR DANIEL VERGARA VIDES
ENTRENADOR EN TRABAJO EN ALTURAS
LIC. 25-0624 del 2020

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota a los (17) del mes de diciembre de 2025

Medellín, 17 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
C1012403027	MATALLANA CRUZ MILTON FABIAN	17/12/2025		vk172134	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:C521899602535159734

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 17/12/2025 16:35:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.189.27.123, 198.143.41.54, 172.16.42.57

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Milton Fabian Matallana Cruz, identificado(a) con CC número 1012403027, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012403027
NOMBRES Y APELLIDOS	Milton Fabian Matallana Cruz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	14/08/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/02/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	14/04/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	117 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	34 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	29/05/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 800196299 COMPAÑIA COLOMBIANA DE SERVICIOS DE VALOR AGREGADO Y TELEMATICOS COLVATEL S A E S P
Desde 01/12/2023 Hasta 14/03/2025

Generado por interfaces 09/12/2025

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:

MILTON FABIAN MATALLANA CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.403.027**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MILTON FABIAN MATALLANA CRUZ identificado(a) con CC No. 1012403027, 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. 17/12/2025

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

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Milton Fabian Natallana

IDENTIFICADO CON C.C : 1012403029

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.

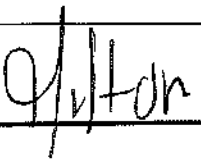
Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

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

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] 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 15/01/2026 en la ciudad de Bogotá D

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